

DECEMBER 30, 2022.



I RESPECTFULLY INFORM:

**1. HONORABLE JUDGE: HON. LAURA TAYLOR SWAIN.
UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO/
COURT OF THE UNITED STATES DISTRICT FOR THE DISTRICT OF
PUERTO RICO.**

2. REPRESENTATIVES OF THE DEBTORS

3. REPRESENTATIVES OF CREDITORS

**SUBJECT: SECOND PART OF THE DOCUMENTS REQUIRED
BY THE REPRESENTATIVES OF THE DEBTORS: RE:
DECEMBER 30, 2022. (Case: 17-3283) (The Motion)
Presented by María A. Clemente Rosa, the Petitioner.**

APPENDIX 6



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL PROCURADOR DE LAS PERSONAS CON IMPEDIMENTOS

Edificio Caribbean Office Plaza • Ave. Ponce de León 670 • Miramar, Puerto Rico

"LOGRANDO UN PUERTO RICO SIN BARRERAS"

8 de octubre de 2003

CARMEN I. ESTEVA
DIRECTORA
ESC INTERMEDIA SABANA LLANA
CALLE JUAN PEÑA REYES ESQ AVE DE DIEGO
RÍO PIEDRAS PR 00924

MARÍA CLEMENETE ROSA
PAIR SJ-2002-08-0502

Estimada señora Esteva:

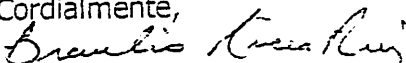
La Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI), administra el Programa de Protección y Defensa de los Derechos de las Personas con Impedimentos (PAIR). En nuestra oficina estamos trabajando el caso número **SJ-2002-08-0502**, radicado por María Clemente Rosa. El mismo expresa que solicitó un acomodo razonable al Departamento de Educación que consiste en quipo de asistencia y el mismo no ha sido concedido.

En consecuencia, le estamos citando a una Reunión de Mediación a efectuarse el día 23 de octubre de 2003, a las 9:30 AM en nuestra Oficina Central, localizada en el Edificio Caribbean Office Plaza, en la avenida Ponce de León, 670, en Miramar.

Debo recordarle que su asistencia a la reunión es compulsoria, ya que, la Sección 532h(e) de la Ley número 2 de 27 de septiembre de 1985, según enmendada, indica que "ninguna persona natural o jurídica podrá negarse a cumplir con una citación expedida por el Procurador o representante autorizado, no podrá negarse a reproducir la evidencia que le hubiere sido requerida, ni podrá rehusarse a contestar cualquier pregunta en relación con algún asunto bajo la investigación del Procurador" por lo que esperamos su asistencia a la misma.

Deberá traer la evidencia o documentación relacionada al asunto antes referido. Cualquier duda o pregunta puede comunicarse con nuestra oficina al teléfono número 787-725-3333, al número libre de cargos 1-800-981-4125, extensiones: 2106 y 2112, al correo electrónico brivera1@oppi.gobierno.pr.

Cordialmente,


Braulio Rivera Ruiz
Intercesor I PAIR


Madelisa Monroig Lopez
Coordinadora PAIR

Apartado 41309 • San Juan, Puerto Rico 00940-1309

Tels. (787) 725-2333 cuadro • TDD (787) 725-4014 • 1 (800) 981-4125 (libre de costo) • Fax (787) 721-2455
www.oppi.gobierno.pr

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
PROGRAMA DESARROLLO INTEGRAL
SECRETARIA AUXILIAR RECURSOS HUMANOS
TEL. 759-9688

REV. 2-98

ACOMODO RAZONABLE LEY ADA
(SUPERVISOR)

FECHA 24/05/2001
LUGAR San Juan III

REFERIDO POR: _____

Nombre del Empleado: María A.-Clemente Rosa

Puesto que ocupa: Maestra de Artes Industriales

Funciones esenciales del puesto que ocupa el empleado: Docente

Identifique el tipo de impedimento y diagnóstico alegado por el solicitante: Sinosis y

Faringitis Crónica

¿Cuál fue la evidencia médica presentada? (Incluya las mismas con este informe)

Carta de médico del CFSE certificando condición.

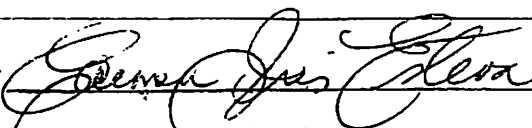
Copia de 105 formularios CFSE-395

Tipo de limitación funcional observada: Marque la categoría que corresponda:

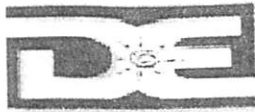
<input checked="" type="checkbox"/> Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/> Escritura
<input checked="" type="checkbox"/> Pérdida parcial de voz	<input type="checkbox"/> Lectura
<input type="checkbox"/> Pérdida total de voz	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria
<input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la visión	<input type="checkbox"/> Aprendizaje
<input type="checkbox"/> Pérdida total de la visión	<input type="checkbox"/> Ambulación
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Otros (cual (es))

Comentarios Adicionales (Alternativas de Acomodo) Suplir de los equipos necesarios
y mejorar las condiciones del salón

Firma del Supervisor



Nombre en letra de molde Carmen Iris Esteva



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN**

Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

29 de mayo de 2007

CLEMENTE ROSA, MARÍA A.

PO BOX 7103
BO OBRERO STA
SAN JUAN PR 009167103

REGIÓN: SAN JUAN
DISTRITO: SAN JUAN III
UBICACIÓN: SABANA LLANA

Estimado(a) Sr.(Sra.) : CLEMENTE

El Departamento de Educación establecerá nuevos registros para los puestos directivos, técnicos y de supervisión docente.

Los registros de elegibles vigentes para estos puestos, se cancelarán con el establecimiento de los nuevos registros.

La prueba escrita se eliminó como requisito de elegibilidad. Los turnos en los registros de elegibles se asignarán en consideración a los siguientes criterios: preparación académica, índice académico, experiencia en años de servicio, lugar de residencia, estatus de veterano y puntuación por impedimento calificado.

De usted interesar competir en los nuevos registros, deberá reunir los requisitos establecidos para ascenso para los puestos mencionados y cumplimentar la Solicitud de Empleo. La solicitud estará disponible en nuestra página de Internet cuya dirección electrónica es <http://media.de.gobierno.pr/ascenso> y en la División de Estudios para Ascensos de la Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos, Nivel Central. Todas las solicitudes deberán ser radicadas a través de la página de Internet, la cual generará un recibo y le asignará un número de control.

Cordialmente,

Lcda. Ángela Mojica Meléndez
Secretaria Auxiliar Interina
Recursos Humanos

APPENDIX 7

UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO

Maria A. Clemente Rosa
PETICIONARIA

V.

THE FINANCIAL OVERSIGHT AND
MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO

As representative of

THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO,
et al., Debtor.

15 de abril DE 2022

PROMESA TITLE III

No. 17 BK 3283- LTS

CLAIM. NÚM. 133537

TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND
MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE
COMMONWEALTH OF PUERTO RICO, et al., Debtors:

HONORABLE JUDGE: Of THE UNITED STATES DISTRICT COURT HON. LAURA
TAYLOR SWAIN.

UNITED STATES DITRIT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO/ COURT
OF THE UNITED STATES DISTRICT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO.

REPETUOUSLY REQUEST:

MOTION TO GUARANTEE ME PAYMENT FOR DAMAGES CREATED BY THE
DEBTOR: THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO AND THE DEPARTMENT OF
EDUCATION, IN ITS ENTIRETY. ACCORDING TO THE CLAIMS SUBMITTED TO THE
PROMESA III LAW ON JUNE 29, 2018, CLAIM NO. 133537. CASE NUMBER: 17BK
03283-LTS - FOR THE AMOUNT OF THE CLAIM OF \$250,000.00: WHEN THE TIME
COMES FOR THE JUDGMENT DECLARED BY THE HON. JUDGE. OF THE UNITED
STATES DISTRICT COURT HON. LAURA TAYLOR SWAIN AND THE APPROVAL OF
THE DEBT JUSTICE PLAN (PAD).

María A. Clemente Rosa appears, PETITIONER, CLAIM NO. 133537 CASL NUMBER: 17BK 03283-LTS respectfully addresses, exposes, alleges and requests:

ACTS

AFFIRMATIVE DATA

1. For the year 1985, I signed a contract as a teacher with the Puerto Rico Public Education System in the Industrial Arts Category, currently a Technology Teacher, Certificate No. 1662 and Position No. R 16045. That I have worked for more than 34 years of teaching.
2. During 34 years of public service, I have served as a teacher of excellence and have acquired a Doctoral degree in the area of education. I have participated in different technology competitions, leading students to obtain prizes.
3. As part of my pension, I have contributed to the Teachers' Retirement System.
4. That during 34 years of public service, my rights to receive benefits have been violated by Law 96, which establishes increases not granted for professional training, "Master" level.
5. Violation of Law 96, increase not granted by former Governor Hon. Sila María Calderón.
6. Violation of the payment of Law No. 9 signed on March 7, 2022. (P. del S. 573); 2022, Law 9. Law to amend several laws and order the payments owed from Fiscal Year 2014-2015 in accordance with the Law of the Teaching Career, as amended.
7. That as of today, April 15, 2022, the Department of Education continues to violate the rights of teachers who comply with the Teaching Career Law. Since they are now violating Law No. 9 signed on March 7, 2022, by the Hon. Pedro Pierluisi, to comply with the payments of the Teaching Career for the years 2014-2015. And the Department of Education has apparently created a PDF, to pay their select group. Without having made any disclosure of the Payment of Law No. 9. On the contrary, it is not accepting that the Master appears at his Budget Offices to be noted and that the Amount owed be accounted for. As established by the Hon. Governor of Puerto Rico, Pedro Pierluisi.
8. This apparent action on the part of the Office of Human Resources of the Department of Education, to create a PDF Document, with the name of people with the tabulation of the Payment of the Teaching Career without having mediated any Disclosure for the teachers of all the Regions of Puerto Rico and send it to the Budget Office of the Federal Offices of the Department of Education, to Mr. Cruz Hernández, It is an action that does not reveal any transparency between

the agreements between the Government of Puerto Rico and the Fiscal Control Board , to comply with the Debt Adjustment Plan, by the Promise Law.

9. Violation of Law 89, steps not granted to teachers of the Public Education System.

10. Violation of Law 96, Violation of not paying acquired rights, by the Bankruptcy Law. Violation of the Constitution of Puerto Rico.

11. Violation of Law 164, improper discounts, by the Retirement System for Teachers and public employees.

12. Violation of Law 158, increase not granted by the Teaching Career Law, violation of Law 158, the Constitution and deception, to the teacher. Amended by Law No. 9 of March 7, 2022, signed by Hon. Pedro Pierluisi.

13. RESPECTFULLY HONORABLE JUDGE, Laura Taylor Swain, I FIND MY REQUEST FOR A CLAIM PAYMENT MADE ON JUNE 29, 2018, TO BE FAIR, ADEQUATE AND REASONABLE.

I come to you, Hon. Hon. Laura Taylor Swain, Judge, United States District Court and TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO, et al., Debtors: UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO because I understand that they have the principal basis of the primary jurisdiction of my claim.

14. Acknowledging said act, I request this honorable forum to impose a legal remedy aimed at compensating damages caused by the DEBTOR, THE Commonwealth of Puerto Rico, the Government of Puerto Rico and the Department of Education, and its Dependencies and that I am awarded damages and payment of interest in the amount of \$250,000.00 as stipulated in the claim and the payment of costs and attorneys' fees.

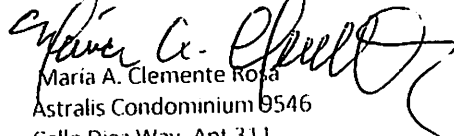
FOR ALL WHICH, the petitioning party very respectfully requests the Hon. Laura Taylor Swain, Judge, Of the United States District Court and TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO, et al., Debtors: who is aware of the foregoing, hereby declares the motion of: (SO THAT I BE GUARANTEED TO PAY FOR DAMAGES CREATED BY THE DEBTOR THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO IN ITS ENTIRETY, ACCORDING TO THE CLAIMS SUBMITTED TO THE PROMESA III LAW ON JUNE 29, 2018, CLAIM NO. 133537, CASE NUMBER:

17BK 03283-LTS - FOR THE AMOUNT OF THE CLAIM OF \$250,000.00, IN ITS ENTIRETY, WHEN THE
TIME COMES FOR THE JUDGMENT DECLARED BY THE HONORABLE JUDGE Laura Taylor Swain.
CLAIM: CLAIM NUM.: 133537.

RESPECTFULLY REQUESTED.

I CERTIFY that on this same date I have sent by CERTIFIED mail a true and exact copy of this TO
THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO
RICO, as representative of THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO, et al., Debtors:

In Carolina, Puerto Rico today April 15, 2023


Maria A. Clemente Roca
Astralis Condominium 0546
Calle Diaz Way, Apt 311
Tower # 6 Carolina, P.R. 00979
Phone (787)385-2906

Date Filed: 6/29/2018
Case Number: 17 BK 03283-LTS
DEBTOR: Commonwealth of Puerto Rico
CLAIM: NO.: 133537
ASSERTED CLAIM AMOUNT: 250,000.00

APPENDIX B

COPY DOCUMENT: ORDER CONCERNING MOTION FILED BY MARIA A. CLEMENTE ROSA (DOCKET
ENTRY NO. 20619 IN CASE NO, 17-3283, the "Motion").

Case:17-03283-LTS Doc#:20626 Filed:04/27/22 Entered:04/27/22 13:25:38 Desc: Main Document Page 1 of 1

UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO

In re: THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO <u>et</u> <u>al.</u> Debtors. ¹	PROMESA Title III No. 17 BK 3283-LTS (Jointly Administered)
--	--

ORDER CONCERNING MOTION FILED BY MARÍA A. CLEMENTE ROSA (DOCKET ENTRY NO. 20619)

The Court has received and reviewed the motion dated April 15, 2022, filed by María A. Clemente Rosa (Docket Entry No. 20619 in Case No. 17-3283, the “Motion”). The Motion appears to request that the Court issue an order compelling payment of the obligations documented in proof of claim no. 133537, filed by Ms. Clemente Rosa.

The Motion is written in the Spanish language, and no English language translation was provided. The United States Code provides that all proceedings in the United States District Court for the District of Puerto Rico must be conducted in English. See 48 U.S.C. § 864; see also L.Cv.R. 5(c) (“All documents not in the English language which are presented or filed, whether as evidence or otherwise, must be accompanied by a certified translation into English . . .”). The Motion is therefore denied without prejudice to renewal in English.

SO ORDERED.

Dated: April 27, 2022

/s/ Laura Taylor Swain
LAURA TAYLOR SWAIN
United States District Judge

¹ The Debtors in these Title III Cases, along with each Debtor’s respective Title III case number and the last four (4) digits of each Debtor’s federal tax identification number, as applicable, are the (i) Commonwealth of Puerto Rico (“Commonwealth”) (Bankruptcy Case No. 17-BK-3283-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3481); (ii) Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (“COFINA”) (Bankruptcy Case No. 17-BK-3284-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 8474); (iii) Puerto Rico Highways and Transportation Authority (“HTA”) (Bankruptcy Case No. 17-BK-3567-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3808); (iv) Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico (“ERS”) (Bankruptcy Case No. 17-BK-3566-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 9686); (v) Puerto Rico Electric Power Authority (“PREPA”) (Bankruptcy Case No. 17- BK-4780-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3747); and (vi) Puerto Rico Public Buildings Authority (“PBA”) (Bankruptcy Case No. 19-BK-5523-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3801) (Title III case numbers are listed as Bankruptcy Case numbers due to software limitations).

4/27/22, 1:26 PM

CM/ECF - U.S. Bankruptcy Court:prb

U.S. Bankruptcy Court

District of Puerto Rico

Notice of Electronic Filing

The following transaction was received from Ramirez, Marian entered on 4/27/2022 at 1:25 PM AST and filed on 4/27/2022

Case Name: COMMONWEALTH OF PUERTO RICO and Puerto Rico Public Buildings Authority
(PBA)
Case Number: 17-03283-LTS9
Document
Number: 20626

Docket Text:

ORDER CONCERNING [20619] MOTION FILED BY MARIA A. CLEMENTE ROSA. The Motion is denied without prejudice. Signed by Judge Laura Taylor Swain on 4/27/2022. (mr) s/c sent to Clemente Rosa.

APPENDIX

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA
DISTRITO DE PUERTO RICO

All in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Toda esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

JUN 29 REC'D

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado
Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

Maria A. Clemente Rosa

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

<p>2. Has this claim been acquired from someone else?</p> <p>¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. From whom?</p> <p>Si. ¿De quién?</p>
<p>3. Where should notices and payments to the creditor be sent?</p> <p>Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g)</p> <p>¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?</p> <p>Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)</p>	<p>Where should notices to the creditor be sent?</p> <p>¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?</p> <p>Where should payments to the creditor be sent? (if different)</p> <p>¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)</p>
<p><u>Maria A. Clemente Rosin</u></p> <p>Name / Nombre</p>	
<p>Number / Número Street / Calle</p>	
<p>City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal</p>	
<p>Contact phone / Teléfono de contacto</p>	
<p>Contact email / Correo electrónico de contacto</p>	
<p>4. Does this claim amend one already filed?</p> <p>¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known)</p> <p>Si. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo)</p> <p>Filed on / Presentada el (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)</p>
<p>5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim?</p> <p>¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing?</p> <p>Si. ¿Quién hizo la reclamación anterior?</p>

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

<p>6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?</p> <p>¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?</p>	<p><input type="checkbox"/> No / No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/.)</p> <p>Si. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/).</p> <p><u>Departamento de Educación</u></p>
<p>7. Do you supply goods and / or services to the government?</p> <p>¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Si. Proporcionar la información adicional establecida a continuación</p> <p>Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato:</p> <p>List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017.</p> <p>Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$</p>

8. How much is the claim? ¿Cuál es el importe de la reclamación?	<u>\$ Monto Entero</u> <u>teniendo</u>	Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos? <input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Si. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).
9. What is the basis of the claim? ¿Cuál es el fundamento de la reclamación?	<p>Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.</p> <p>Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.</p> <p><u>El aumento de salario: soy de carrera Ugo's fern</u> <u>Los aumentos de sala María - grego</u></p>	
10. Is all or part of the claim secured? ¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Si. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien</p> <p>Nature of property / Naturaleza del bien: <input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos <input type="checkbox"/> Other. Describe. Otro. Describir: _____</p> <p>Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____</p> <p>Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.) Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.</p> <p>Value of property / Valor del bien: \$ _____ Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____ Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.) Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso: \$ _____ Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso): _____ % <input type="checkbox"/> Fixed / Fija <input type="checkbox"/> Variable / Variable</p>	
11. Is this claim based on a lease? ¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Si. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso \$ _____</p>	

12. Is this claim subject to a right of setoff? ☒ No / No
¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación? ☐ Yes. Identify the property / Sí. Identifique el bien: _____

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)? ☐ No / No
☒ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. \$ Monto Indeterminado
Si. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha. FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- ☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.
☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 06/28/2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma G. Juan A. Clemente Rosa

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name Maria Antonia Clemente Rosa
First name / Primer nombre Middle name / Segundo nombre Last name / Apellido

Title / Cargo Nuestra de Hites Industriales
Company / Compañía

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer
Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador

Address / Dirección
Number / Número Street / Calle

City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto Email / Correo electrónico

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Rellene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

JUN 29 REC'D

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redact copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

Maria A. Clemente Rosa

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

2. Has this claim been acquired from someone else? <input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién? _____		
¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?		
3. Where should notices and payments to the creditor be sent? Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? <u>Maria A Clemente Rosiz</u> Name / Nombre _____ Number / Número Street / Calle _____ City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal _____ Contact phone / Teléfono de contacto _____ Contact email / Correo electrónico de contacto	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente) _____ Name / Nombre _____ Number / Número Street / Calle _____ City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal _____ Contact phone / Teléfono de contacto _____ Contact email / Correo electrónico de contacto
4. Does this claim amend one already filed? <input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) _____ Filed on / Presentada el _____ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)		
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? <input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? _____		
¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?		

Part 2 / Parte 2:		Give Information About the Claim as of the Petition Date Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.
6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico? ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/).	<u>Departamento de Educación</u>
7. Do you supply goods and / or services to the government? ¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Si. Proporcionar la información adicional establecida a continuación: Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____ List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Anoté la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____	

8. How much is the claim?

¿Cuál es el importe de la reclamación?

\$ Monto Interde-
tenimiento

Does this amount include interest or other charges?
¿Este importe incluye intereses u otros cargos?

☒ No / No

☐ Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A).

Si. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).

9. What is the basis of the claim?

¿Cuál es el fundamento de la reclamación?

Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.

Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.

El aumento de salario: Ley de Carrera Ugoja Fevó
Los aumentos de Silva María - Grevó

10. Is all or part of the claim secured?

¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?

☒ No / No

☐ Yes. The claim is secured by a lien on property.

Si. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.

Nature of property / Naturaleza del bien:

☐ Motor vehicle / Vehículos

☐ Other. Describe:

Otro. Describir: _____

Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____

Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.)

Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.

Value of property / Valor del bien:

\$ _____

Amount of the claim that is secured /

Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____

Amount of the claim that is unsecured /

Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____

(The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.)

(La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)

Amount necessary to cure any default as of the Petition Date /

Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso: \$ _____

Annual Interest Rate (on the Petition Date)

Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ %

☐ Fixed / Fija

☐ Variable / Variable

11. Is this claim based on a lease?

¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?

☒ No / No

☐ Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date.

Si. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso: \$ _____

12. Is this claim subject to a right of setoff? ¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Identify the property / Sí. Identifique el bien: _____
13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)? ¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. \$ <u>Monto Indeterminado</u> Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it.
FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha.
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- ☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.
☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta *Evidencia de reclamación* se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta *Evidencia de reclamación* y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 06/28/2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma Gisela A. Clemente Rosa

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name María Antonia Clemente Rosa
First name / Primer nombre Middle name / Segundo nombre Last name / Apellido

Title / Cargo Maestra de Artes Industriales

Company / Compañía _____
Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.
Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección _____
Number / Número Street / Calle

City / Ciudad _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____

Contact phone / Teléfono de contacto _____ Email / Correo electrónico _____

APPENDIX 8

**UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO**

11 DE JULIO 2022

**María A. Clemente Rosa
PETITIONER**

v.

**THE FINANCIAL OVERSIGHT
AND MANAGEMENT BOARD
FOR PUERTO RICO**

**PROMESA TITLE III
No. 17BK 3283- LTS**

(Jointly Administered)

As representative of

**THE COMMONWEALTH OF
PUERTO RICO, et a., Debtor.
THE PUERTO RICO HIGHWAYS
AND TRANSPORTATION AUTHORITY,
Debtor.**

**PROMESA TITLE III
No. 17 BK 3567-LTS**

CLAIM. NUM. 133778

**TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND
MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of
THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO, et al., Debtors:**

**HONORABLE JUDGE: HON. LAURA TAYLOR SWAIN.
UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO
RICO/ COURT OF THE UNITED STATES DISTRICT FOR THE DISTRICT
OF PUERTO RICO**

REPETUOUSLY REQUEST

MOTION

**HONORABLE UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE
DISTRICT OF PUERTO RICO/ UNITED STATES DISTRICT COURT FOR
THE DISTRICT OF PUERTO RICO AND HON. JUDGE LAURA TAYLOR
SWAIN, TO RESPECTFULLY COLLECT AND REQUEST, SO THAT THE
ARGUMENTS PRESENTED HERE HUMBLY BE CONSIDERED AND
THAT I MAY BE GIVEN THE OPPORTUNITY TO FILE SUCH MOTION, IF
APPROPRIATE BY LAW.**

Maria A. Clemente Rosa appears, PETITIONER, CLAIM NO. 133778.
respectfully addresses, exposes, alleges and requests:

MOTION:

Dr. María A. Clemente Rosa addresses you very respectfully, by this means I request LA HON. JUDGE LAURA TAYLOR SWAIN, and the Hon. The Financial Oversight And Management Board For Puerto Rico, as representative of The Commonwealth Of Puerto Rico, et al. As debtor, and representative of The Puerto Rico Highways And Transportation Authority, as debtor as well, to allow me to file the motion, to Rule 3018(a) to make my claim to the debtor represented by the Puerto Rico Highways and Transportation Authority Rich.

LIST OF FACTS:

1. Honorable Judge Laura Taylor Swain, I respectfully address you hereby presenting how our system of highways and urban public roads is designed and configured, because for towns in rural areas, it has not been possible to achieve 100% optimal design of highways and transportation routes, accessible to the entire population, because the entire population has the same right. Urban highways and thoroughfares have links that cause crashes. They join the Sedas with the main roads, the roads are full of holes, the holes are year after year, and when the election year arrives they begin to fix the roads and build without planning, to obtain votes from the population. Unfortunately, the needs of the people are not being met.

The bridges built on the expressway that leads to the Teodoro Moscoso Bridge, at the exit for Trujillo Alto, are not identified to where each bridge and exit leads, when you kill the mimes you are turning back to Rio Piedras. This is a problem for the community, due to the poor configuration of planning, identification and construction of bridges and public roads, which we currently have in Puerto Rico.

2. Our transportation system is obsolete, it does not present an effective service for the population that does not have private transportation and lives in rural and urban areas, where the public transportation service does not reach.

3. To indicate what corresponds to me in said Motion, I respectfully present the Hon. Judge Laura Taylor Swain, the following: on Campo Rico Avenue, in Carolina, there is a Seda that totally merges with the left lane. In that same silk, on June 25, 2018, my vehicle was hit, which cost me \$6,000.00 to repair it. And the vertebral column, the neck, the knees, the cervical spinal cord reflected Lordosis, the bones C4-C5, C5-C6 resulted in minimal neural foraminal stenosis bilaterally. To this day I continue with the problem of the spine, the back, the neck and the knees. See appendix 1.

4. On the other hand, the express car service presents a failure to charge for service, or when it is intervened incorrectly, it immediately produces incorrect tickets and sends them to the driver improperly. I had to pay \$1,015.00 for unjustified fines. Fines that are sent with the same dates, times and repeated on the same day as if the driver passed, and passed again. And when it is not, they send you a list indicating innumerable dates of use of the express car. When one is going to claim those tickets with those fines. They tell you to ask for a meeting, to (review), evaluate the fines. Which leads you to pay those unfair fines because if not, interest will continue to rise, as happened to me. See appendix 2.

5. From my analysis, Puerto Rico needs to restructure our Transportation and Road system, to meet the needs of 100% of the people of Puerto Rico, to emerge with a Longitudinal Infrastructure Plan and to be implemented with transparency from the start. Startup phase. And to achieve this, it must begin with meeting the responsibility of paying creditors.

To this factor of lack of accessibility of transportation to some neighborhoods and sectors of the towns of the Island, we have to add to the existing collective transportation system (public buses), the deterioration in the availability and quality of service, the loss of users and their inefficient operation. In summary, we could conclude that the deterioration in the availability, quality of services and the loss of users in our Public Collective Transportation System is undermining our capacity for economic development.

It is for these reasons that I request that I be given the opportunity to file my motion under Rule 3018(a).

Hon. JUDGE LAURA TAYLORSWAIN, OF THE UNITED STATES DISTRICT COURT AND TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE COMMONWEALTH PF PUERTO RICO, et al, . Debtors: UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO, I respectfully request that this Motion be considered, in accordance with the right you have, to be able to participate and vote according to Rule 3018 (a) in the Federal Bankruptcy procedure and that it be considered in accordance with the law, the humbly requested remedy of \$25,000.00 for damages caused by the debtor The Puerto Rico Highway and Transportation Authority.

RESPECTFULLY REQUESTED.

I CERTIFY that on this same date I have sent by CERTIFIED mail a true and exact copy of this TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE COMMONWEALTH PF PUERTO RICO, et al., Debtors:

In Carolina, Puerto Rico, Today July 11, 2022



Dr. María A. Clemente Rosa
Condominio Astralis 9546
Calle Díaz Way, Apt 311
Tower # 6 Carolina, P.R. 00979
Phone (787)385-2906

Date Filed: 6/29/2018
DEBTOR: Commonwealth of Puerto Rico/
THE PUERTO RICO HIGHWAYS
AND TRANSPORTATION AUTHORITY
CLAIM: NO. 133778

OTHER FILES WITH OTHER CLAIMS
139834, 92159 and 150849. 133537

IN THE UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO

<div>In re:</div> <div>THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO,</div> <div>as representative of</div> <div>THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO, <i>et al.</i></div> <div>Debtors.¹</div>	<div>PROMESA Title III</div> <div>No. 17 BK 3283-LTS</div> <div>(Jointly Administered)</div>
<div>In re:</div> <div>THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO,</div> <div>as representative of</div> <div>THE PUERTO RICO HIGHWAYS AND TRANSPORTATION AUTHORITY,</div> <div>Debtor.</div>	<div>PROMESA Title III</div> <div>No. 17 BK 3567-LTS</div>

MOTION PURSUANT TO RULE 3018(A)
OF THE FEDERAL RULES OF BANKRUPTCY PROCEDURE
FOR TEMPORARY ALLOWANCE OF CLAIM FOR VOTING PURPOSES

Movant must provide all of the information below in English.

Part 1:	Identify Yourself
	<div>María A. Cleemnte Rosa</div> <div>Name</div>

¹ The Debtors in these Title III Cases, along with each Debtor's respective Title III case number and the last four (4) digits of each Debtor's federal tax identification number, as applicable, are the (i) Commonwealth of Puerto Rico (Bankruptcy Case No. 17-BK-3283-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3481); (ii) Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation ("COFINA") (Bankruptcy Case No. 17-BK-3284-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 8474); (iii) Puerto Rico Highways and Transportation Authority ("HTA") (Bankruptcy Case No. 17-BK-3567-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3808); (iv) Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico ("ERS") (Bankruptcy Case No. 17-BK-3566-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 9686); (v) Puerto Rico Electric Power Authority ("PREPA") (Bankruptcy Case No. 17-BK-4780-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3747); and (vi) Puerto Rico Public Buildings Authority ("PBA") (Bankruptcy Case No. 19-BK-5523-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3801) (Title III case numbers are listed as Bankruptcy Case numbers due to software limitations).

Part 2: Where Should I Receive Payments?

Name Maria A. Clemente Rosa

Condominio Astralis 9546 Calle Díaz Way Apt 311 Torre 6

Number	Street	
<u>Carolina</u>	<u>Puerto Rico</u>	<u>00979</u>
City	State	ZIP Code

787- 385- 2906

Contact phone

clero_62@yahoo.com

Contact email

Part 3: Identify the Claim

Claim: 133778,

Proof of Claim Number (if any) 133538, 139834, 92159 and 150849
(You may search for your claim on <https://cases.primetech.com/puertorico/Home-ClaimInfo>) Is improper charging of express car and confluent lanes, wich create confusion for drivers, causing accidents. In June 25, 2018. The amount of my claim makes \$25,000.00

Please describe the nature of your claim, including the amount of your claim

Part 4: Explain Why You Should Be Permitted to Vote to Accept or Reject the Debtors' Plan of Adjustment

By filing this motion, you are seeking a court determination pursuant to rule 3018(a) of the Federal Rules of Bankruptcy Procedure to temporarily allow your claim in an amount the court deems proper for purposes of voting to accept or reject the *Third Amended Title III Plan of Adjustment of the Puerto Rico Highways and Transportation Authority*.

Please provide below (1) the amount of your claim that should be allowed for voting purposes, and (2) the reasons why you believe you should be entitled to vote on the Debtor's plan of adjustment (attach additional pages if necessary). Please also provide as much documentation as possible to support both the amount you are asserting and the reasons why you believe you should be entitled to vote:

Dra. Maria A. Clemente Rosa respectfully addresses you, I hereby request the Hon. the Financial Oversight and Management Board for Puerto Rico, as representative of The Commonwealth of Puerto Rico, et al. As debtor, and representative of the Puerto Rico Highway and Transportation Authority, as debtor as well, to allow me to file the motion, to Rule 3018(a) to make my claim to the debtor represented by the Puerto Rico Highway and Transportation Authority Rich. The same is due to the fact that our transportation system is obsolete, it does not present an effective service for the population that does not have private transportation and that lives in rural and urban areas, where the public transportation service does not reach.

Cont. Parte 4. Explain why Should Be Permitted to Vote to Accept or
Reject the Debtors' Plan of Adjustment

On the other hand, public roads have links that cause crashes. To point to what corresponds to me on Campo Rico Avenue, in Carolina, there is a Seda that totally merges with the left lane. In that same silk, my vehicle was hit, which cost me \$6,000.00. And my spine, neck, knees, cervical spinal Lordosis reflex, bones C4-C5-C5-C6 were affected, resulting in minimal neural foraminal stenosis bilaterally. To this day I continue with the problem of the spine, the back, the neck and the knees.

On the other hand, the express car service presents a failure to charge for service, or when it is intervened incorrectly, it immediately produces incorrect tickets and sends them to the driver improperly. I had to pay \$1,015.00 for unjustified fines. Fines they send with the same dates, times and repeated on the same day as if the driver passed, and passed again. When one is going to claim those tickets with those fines. They tell you to ask for a meeting, to evaluate their flaws. Which leads you to pay those unfair fines because if not, interest will continue to rise, as happened to me.

From my analysis, Puerto Rico needs to restructure our Transportation and Highway system, to meet the needs of 90% of the people of Puerto Rico, to emerge with a Longitudinal Infrastructure Plan and to be implemented with transparency


from the first phase of beginning. And to achieve this, it must begin with meeting the responsibility of paying creditors.

To this factor of lack of accessibility of transportation to some neighborhoods and sectors of the towns of the Island, we have to add to the existing collective transportation system (public buses), the deterioration in the availability and quality of service, the loss of users and their inefficient operation. In summary, we could conclude that the deterioration in the availability, quality of services and the loss of users in our Public Collective Transportation System is undermining our capacity for economic development.

It is for these reasons that I request that I be given the opportunity to file my motion under Rule 3018(a).

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'María A. Clemente Rosa', is written over a horizontal line.

Dra. María A. Clemente Rosa
Condominio Astralis 9546
Calle Díaz Way Apt. 311 Torre # 6
Carolina, Puerto Rico 00979

Part 5:	Sign Below	
<p>I respectfully request that this Court enter an order temporarily allowing my claim in the amount above for purposes of voting to accept or reject the <i>Third Amended Title III Plan of Adjustment of the Puerto Rico Highways and Transportation Authority</i>.</p>		
<p>Executed on date <u>07/11/2022</u> (MM/DD/YYYY)</p>		
<p>Signature <u></u></p>		
<p>Print the name of the person who is completing and signing this motion:</p>		
<u>María</u>	<u>A.</u>	<u>Clemente</u>
First name	Middle name	Last name

APENDICE 1



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración de Compensación por
Accidentes de Automóviles

INFORME DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO / MEDICAL EVALUATION

Núm. de Reclamación/Claim Number: 10-279406-01		Fecha Accidente/Accident Date: 06/25/2018	
Nombre/Name: MARIA A CLEMENTE ROSA		Edad/Age: 56	
Lugar de Servicio/Place of Services: <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> OFIC. <input type="checkbox"/> HOSP.			
Queja Principal/Main Complaint: <i>pt with neck and al LBP but not much CID pain, stiffness + LDM</i>			
Physical Exam: BP _____ P _____ R _____ T _____ Weight _____ Allergies _____			
Gen. Distress: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> severe Nutrition: <input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> malnourished <input type="checkbox"/> obese Hydration: <input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> dehydrated		CV: <input type="checkbox"/> regular rate, rhythm <input type="checkbox"/> heart sound nl, no murmur <input type="checkbox"/> distal pulses strong and symmetric	
Head: <input type="checkbox"/> no evidence of trauma <input type="checkbox"/> no raccoon eyes <input type="checkbox"/> no battle's sign		Resp. <input type="checkbox"/> no resp. distress <input type="checkbox"/> breath sounds clear and equal <input type="checkbox"/> chest nontender	
Eyes: <input type="checkbox"/> PERRL <input type="checkbox"/> EOMI <input type="checkbox"/> lids, sclera nl		Abd: <input type="checkbox"/> Soft, nontender <input type="checkbox"/> no organomegaly <input type="checkbox"/> rectal nl, heme negative	
ENT: <input type="checkbox"/> external facial exam nl <input type="checkbox"/> no hemotympanum <input type="checkbox"/> nasal exam nl <input type="checkbox"/> no dental injury, no malocclusion		GU: Male: <input type="checkbox"/> inspection nl <input type="checkbox"/> testicular exam <input type="checkbox"/> prostate nl Female: <input type="checkbox"/> inspection nl <input type="checkbox"/> bimanual exam nontender	
Neck: <input type="checkbox"/> nontender <input type="checkbox"/> painless ROM <input type="checkbox"/> trachea midline		Neuro: <input type="checkbox"/> alert and oriented x3 <input type="checkbox"/> cranial nerves intact <input type="checkbox"/> speech nl <input type="checkbox"/> no motor deficit <input type="checkbox"/> sensation intact to light touch <input type="checkbox"/> gait nl	
Psych: <input type="checkbox"/> affect, mood nl <input type="checkbox"/> judgement nl		<i>Spine & torso CID</i> <i>ROM +</i> <i>MMT/5+ No grade</i> <i>DTARS</i> <i>CID Sp RLD Rad SZ R-Ne</i> <i>LIS Sp Improved X-Ray noted</i>	
Skin: <input type="checkbox"/> warm, dry <input type="checkbox"/> no cyanosis			
Musculoskeletal: <input type="checkbox"/> no thoracic, lumbar, or sacral vertebral tenderness			
Diagnósticos/Diagnosis (code) 1. <i>CID Sp RLD Rad SZ R-Ne</i> 2. <i>LIS Sp Improved X-Ray noted</i> 3. 4.			
Tratamiento/Treatment: <i>① EDX - EMG + NCS of UE's & F wave</i> <i>② Neurontin 300mg HS</i> <i>③ F/U</i>			
Paciente dado de alta/Discharged: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Fecha de seguimiento/ Follow up	
<input type="checkbox"/> Certifico que he examinado a este paciente y que las lesiones descritas fueron ocasionadas por el accidente de automóvil / I certify that the patient has been examined, and the described injuries were caused by the car accident			
Nombre del Médico/Doctor's name: <i>Grupo Fisioalvin Carab</i>		Firma/Signature: <i>[Signature]</i>	
		Fecha/Date: <i>8-29-18</i>	
		#licencia/ license #: <i>10403</i>	



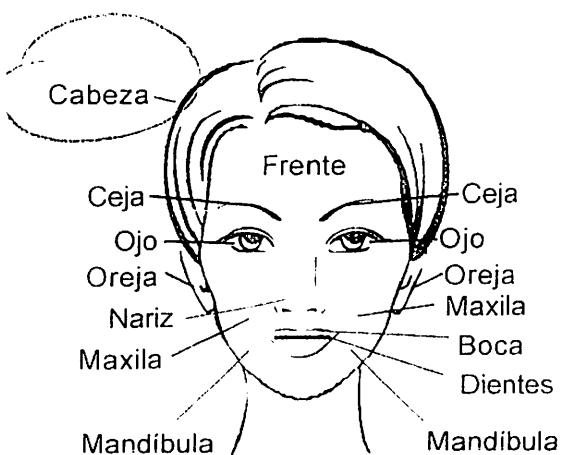
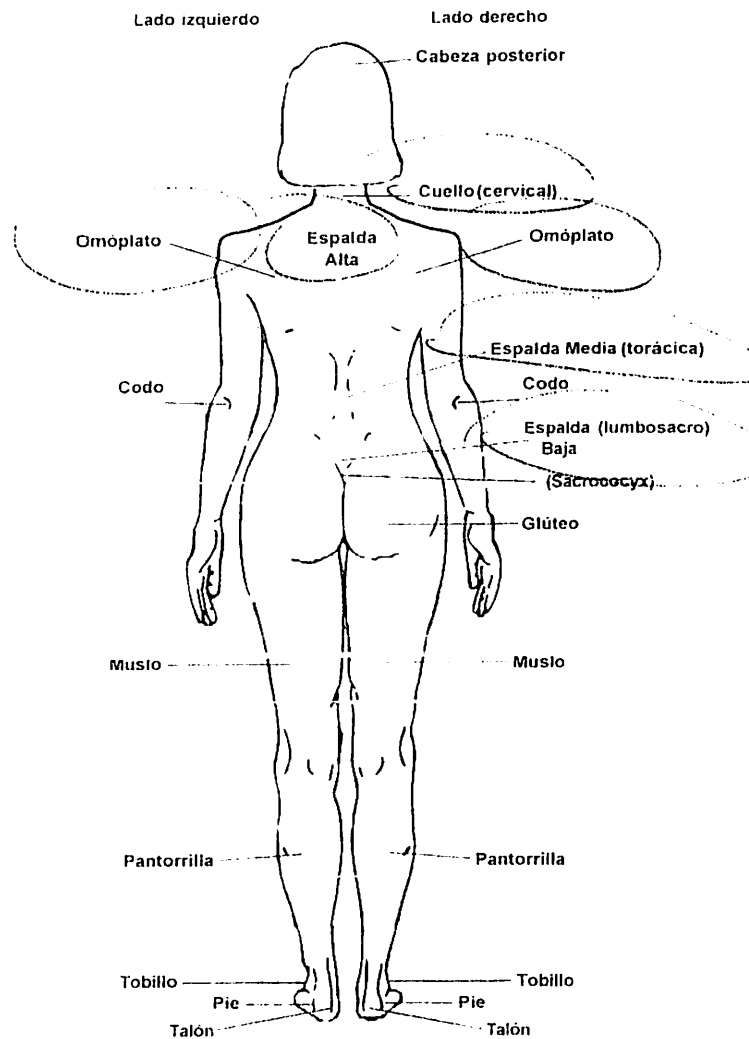
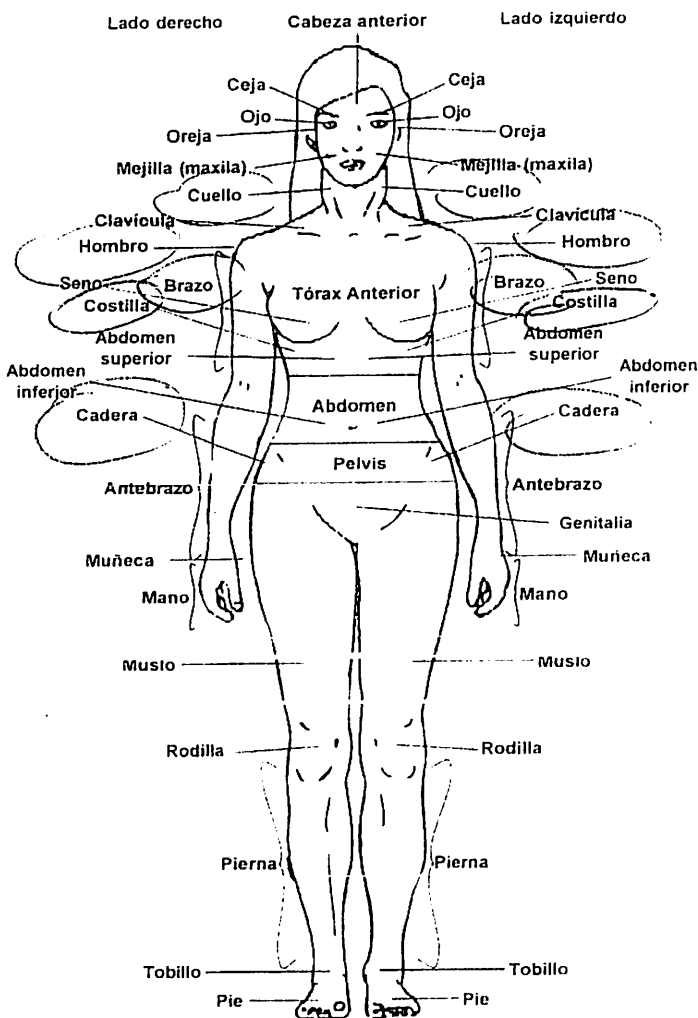
GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles

Nombre del Lesionado: MARIA A CLEMENTE ROSA

Fecha Accidente: 06/25/2018

Núm. de Reclamación: 10-279406-01

DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL



Mano Izquierda



Mano Derecha



Pie Derecho



Pie Izquierdo



¿Fue a Sala de Emergencia? Si ☒ No ☐ ¿Dónde? Urgencia

¿Fue hospitalizado? Si ☒ No ☐ ¿Dónde? Urgencia

Firma del Lesionado [Signature]

Firma del familiar / encargado [Signature]

Relación con el lesionado [Signature]

Fecha 06/25/2018



Nombre del Lesionado: Maria H. Hernandez Fecha Accidente: 25 June 2018 Edad: 56
Ocupación: Unemployed Núm. de Reclamación: 17-714 612 Médico Primario y/o IPA: _____

Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado

Recibe o ha estado en tratamiento antes del accidente para las siguientes condiciones:

- | | Si | No |
|---|--|-------------------------------------|
| 1. Alta presión (Hipertensión Arterial) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Marcapaso | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Enfermedades Tiroides | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Enfermedad de Salud Mental (Nervios) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Alzheimers Disease | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Dolor de cabeza / Migraña | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. Problemas visuales | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Espejuelos <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma | | |
| 10. Desbalances | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Utiliza audifonos | | |
| 12. ¿Tiene dientes postizos? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Trauma a la mandíbula | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. Dolor de huesos | Izq. Der. | |
| a. Dolor en el cuello | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Dolor en los hombros | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Dolor en las manos / Muñecas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Dolor en la espalda | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alta | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Media | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Baja | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Dolor en las caderas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. Dolor en las rodillas | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. Dolor tobillo / Pie | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16. Brazos o piernas artificiales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Cuántos? _____ | | |
| 17. Quistes o masas en los senos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. Problemas respiratorios | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Asma bronquial <input type="checkbox"/> Copd | | |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Bronquitis, Enfisema | | |
| 20. Dolor abdominal, estómago, intestino | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21. Discos herniados | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. Cervical (cuello) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Lumbar (espalda) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22. Manejo del dolor / Bloqueos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23. Vejiga caída / Se le sale la orina | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24. Historial de fractura o caídas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25. Historial de: | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Lupus | | |
| 26. Mala Circulación | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27. Hábitos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas | | |
| 28. Embarazada | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Semanas de embarazo _____ | | |

Está tomando medicamentos para:

- | | Si | No | | Si | No |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Presión / Corazón | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Azúcar | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Epilepsia / Nervios | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Circulación | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Para dolores de cuello, espalda | | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Para otra condición ¿Cuál? _____ | | | | | |
| Medicamento _____ | | | | | |

Alergias a medicamentos o alimentos:

- | | Si | No | | Si | No |
|----------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Penicilina | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sulfas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros <u>100% of Penicillin</u> | | |

Ha tenido operaciones de:

- | | Si | No |
|---|-------------------------------------|--|
| Cataratas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Cirugía de cuello / Espalda | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Corazón | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Discos herniados | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| a. Cervical (cuello) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Lumbar (espalda) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fracturas con metales de fijación | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Artritis | | |
| Reemplazo articulación | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| ¿Cuál? _____ | | |
| Cirugías abdominales / Pélvicas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Otros: Especifique _____ | | |
| Hernias abdominales o inguinales | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Artroscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |

Estudios realizados durante los últimos dos años:

- | | Si | No | Fecha | | Si | No | Área anatómica |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Rayos X | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Sonograma | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Bone Scan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | MRI | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| EEG | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | EMG / NVC | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Mamografías | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | CT Scan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Doppler | | | | | | | |
| Arterial | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | Venoso | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ¿De qué área anatómica? _____ | | | | | | | |
| Casos en el Fondo del Seguro del Estado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Casos previos en ACAA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿Ha estado hospitalizado? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿Cuándo? _____ | | | | | | | |

Firma del lesionado: _____

Firma del familiar / encargado: _____

Relacion con el lesionado: _____

Fecha: 27 June 2018

*Este documento debe ser completado en su totalidad

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

Identificación del Lesionado

Apellido Paterno	Clemente	Apellido Materno	Rosa	Nombre	Maria A.
Núm. Reclamaciones	10-279406-01	Fecha Accidente	6/25/18	Fecha Expiración	6/24/20
Núm. Lic. Conducir y/o ID Foto	1390560				
<input checked="" type="checkbox"/> A. 2 Años <input type="checkbox"/> B. Extendida		Firma			
Clave Cubierta					

ACAA 300-111 Rev. 12-2007

Autorización de Servicios Médico Hospitalario			
Número Reclamación	Fecha Autorización	Nombre del Reclamante	Número Autorización
10-279406-01	06/28/2018	MARIA A CLEMENTE ROSA	20180628-0-1
Fecha Expiración 08/27/2018		Firma del Lesionado: _____	
<u>Información del Proveedor</u>			
Nombre: MANUEL A. FELICIANO MERCADO		Teléfono: 7877578585	
Especialidad: GENERALISTA		Dirección: CAROLINA SHOPPING COURT SUITE 206 URB. VILLA CAROLINA CAROLINA PR 00985	
<u>Servicio Autorizado</u>			
EVALUACION INICIAL. Favor enviar a oficina regional la forma ACAAA - 300-70 Completada.			
Nombre Oficial que Autoriza	Autorizaciones Asignadas	Desde:0-1	Hasta:0-1
OMARA MARTÍNEZ	Total Servicios: 1		
Enviar Factura con Autorización a: División de Factura Médica ACAAA, Apartado 70197 San Juan, P.R. 00936-0197			
ACAA 200-14 rev 05/Abril/2000			



CENTRO DE IMAGENES

435 Ponce de Leon Avenue
P.O. BOX 190828
Hato Rey, P.R. 00919-0828
Tel: (787) 641-2323 Ext. 1532, 1617
Fax: (787) 754-6876

MARIA CLEMENTE ROSA
06/25/2018
ER

0000157035
56Years, female
2100130514

LUMBOSACRAL SPINE - AP AND LATERAL STANDING VIEWS ON 06/25/2018 AT 1948 HOURS

Clinical history: Trauma

Findings: Lumbar dextroposition. Normal vertebral bodies, disc spaces, posterior elements and prevertebral soft tissues. No gross fracture or dislocation present.

Opinion:

1. Findings compatible with muscle spasm.
2. Lumbar dextroposition.

Recommendations: If further characterization needed consider MRI.

Dictating Radiologist:

Transcribed by:

Electronic Signature on file:

Electronic Signature on file: ALEXIS VILLALOBOS, MD

06/25/2018 08:44 PM

APENDICE 1



Nombre del Lesionado: Maria R. Clark Fecha Accidente: 25 June 2018 Edad: 56
Ocur pación: Unión Núm. de Reclamación: 17-714023 Médico Primario y/o IPA: _____

Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado

Recibe o ha estado en tratamiento antes del accidente para las siguientes condiciones:

- | | Si | No |
|---|--|-------------------------------------|
| 1. Alta presión (Hipertensión Arterial) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Marcapaso | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Enfermedades Tiroides | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Enfermedad de Salud Mental (Nervios) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Alzheimers Disease | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Dolor de cabeza / Migraña | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. Problemas visuales | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Espejuelos <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma | | |
| 10. Desbalances | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Utiliza audífonos | | |
| 12. ¿Tiene dientes postizos? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Trauma a la mandíbula | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. Dolor de huesos | Izq. Der. | |
| a. Dolor en el cuello | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Dolor en los hombros | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Dolor en las manos / Muñecas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Dolor en la espalda | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alta | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Media | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Baja | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Dolor en las caderas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. Dolor en las rodillas | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. Dolor tobillo / Pie | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16. Brazos o piernas artificiales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Cuántos? _____ | | |
| 17. Quistes o masas en los senos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. Problemas respiratorios | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Asma bronquial <input type="checkbox"/> Copd | | |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Bronquitis, Enfisema | | |
| 20. Dolor abdominal, estómago, intestino | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21. Discos herniados | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| a. Cervical (cuello) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Lumbar (espalda) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22. Manejo del dolor / Bloqueos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23. Vejiga caída / Se le sale la orina | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24. Historial de fractura o caídas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25. Historial de: | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Lupus | | |
| 26. Mala Circulación | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27. Hábitos | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas | | |
| 28. Embarazada | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Semanas de embarazo _____ | | |

Está tomando medicamentos para:

- | | Si | No | | Si | No |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Presión / Corazón | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Azúcar | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Epilepsia / Nervios | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Circulación | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Para dolores de cuello, espalda | | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Para otra condición ¿Cuál? _____ | | | | | |
| Medicamento _____ | | | | | |

Alergias a medicamentos o alimentos:

- | | Si | No | | Si | No |
|----------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Penicilina | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sulfas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros <u>yo soy alérgico a</u> | | |
| | | | <u>Penicilina</u> | | |

Ha tenido operaciones de:

- | | Si | No |
|---|-------------------------------------|--|
| Cataratas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Cirugía de cuello / Espalda | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Corazón | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Discos herniados | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| a. Cervical (cuello) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Lumbar (espalda) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fracturas con metales de fijación | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Artritis | | |
| Reemplazo articulación | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| ¿Cuál? _____ | | |
| Cirugías abdominales / Pélvicas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Otros: Especifique _____ | | |
| Hernias abdominales o inguinales | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |
| Artroscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ |

Estudios realizados durante los últimos dos años:

- | | Si | No | Fecha | | Si | No | Área anatómica |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|-----------|--------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Rayos X | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Sonograma | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Bone Scan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | _____ | MRI | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| EEG | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | _____ | EMG / NVC | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Mamografías | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | _____ | CT Scan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Doppler | | | | | | | |
| Arterial | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | _____ | Venoso | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ¿De qué área anatómica? _____ | | | | | | | |
| Casos en el Fondo del Seguro del Estado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>2</u> | | | | |
| Casos previos en ACAA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>2</u> | | | | |
| ¿Ha estado hospitalizado? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿Cuándo? _____ | | | | | | | |

Firma del lesionado Maria R. Clark

Firma del familiar / encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha 28 June 2018

*Este documento debe ser completado en su totalidad

Name: CLEMENTE ROSA, MARIA A
Dob/Age: [REDACTED] - 56 Yrs
Date: JULY 12, 2018
Referring MD: SOTO LOPEZ, LUIS
ID/AN: 010527 / 1080700304

ACC/STUDY:

1080700303 - 72050 - CERVICAL SPINE FOUR VIEWS
1080700304 - 72074 - THORACIC SPINE COMPLETE STUDY

CERVICAL SPINE AP, OBLIQUE AND LATERAL VIEWS:

CLINICAL history: Neck pain.

COMPARISON: None.

FINDINGS/IMPRESSION:

AP, oblique and lateral views of the cervical spine were obtained. There is straightening and mild reversal of the cervical spine lordosis. Cervicothoracic junction not included in the exam. If symptoms to this area consider further imaging. Vertebral body heights are preserved. The disc spaces appear within normal limits. There is very minimal degenerative facet joint arthrosis present. Degenerative changes of the atlantoaxial articulation are seen. Oblique views showed minimal uncovertebral joint arthrosis at C4-C5 and C5-C6 resulting in very minimal neural foraminal stenosis bilaterally. Lateral view showed no findings to suggest significant spinal canal stenosis. Prevertebral soft tissues appear normal. Airways appear patent. Images of the lung apices appear grossly normal.

Servicios Radiológicos:

If clinical symptoms of neck pain persist recommend further characterization with cervical spine MRI.

THORACIC SPINE AP, OBLIQUE AND LATERAL VIEWS:

FINDINGS/IMPRESSION:

Electronically Signed by: Gonzalez, Pedro, MD 07-12-2018

Name: CLEMENTE ROSA, MARIA A
Dob/Age: [REDACTED] - 56 Yrs
Date: JULY 12, 2018
Referring MD: SOTO LOPEZ, LUIS
ID/AN: 010527 / 1080700304

ACC/STUDY:

1080700303 - 72050 - CERVICAL SPINE FOUR VIEWS
1080700304 - 72074 - THORACIC SPINE COMPLETE STUDY

Vertebral body heights are preserved. There is minimal anterior osteophytes through the entire thoracic spine. No large osteophytes are present. AP view is slightly limited due to motion. Imaged portions of the chest appear grossly normal. If clinical symptoms persist recommend MRI.

Dr. Francisco Arraiza

Dr. Pedro E. Diaz Ortiz

Dr. Ricardo De Jesus Gómez

Dr. Nelson F. Matos

Dr. Carlos R. Mendez Buso

Dr. Kenneth Badillo Cecilia

Servicios Radiológicos:



Electronically Signed by: Gonzalez, Pedro, MD 07-12-2018



FISIATRAS
TERAPIA FISICA • LASER • NEUROPROTETERAPIA

Ave. Hostos #243
Esquina Rodrigo de Triana
Hato Rey, PR 00918
787.762.1319 • 787.276.4620

Paciente:

Maria A. Clemente

Dirección:

Edad:

Fecha:

12-11-18

Rx

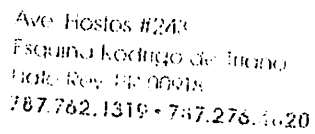
Neurontin 300,
#30
Sig + PO HS

MD.

DEA: BS5377088 • DM 12283-5
LIC. 12,562
Lizette Rodríguez Navarro, MD.
NPI-1861477275

MD.

DEA: BS5377076 • DM 09068-1
LIC. 10,403
Dr. Luis Antonio Soto López, MD.
NPI-1487639803



Dirección: _____

Fecha: 17-1-18

X-Ray

CID 
AP Cat + obliques

M 54. 2 m 54. 6



FBI WASH DC
 100-44362
 100-44362
 FBI WASH DC
 100-44362

Autorización de Servicios Médico Hospitalario			
Número Reclamación 10-279406-01	Fecha Autorización 07/12/2018	Nombre del Reclamante MARIA A CLEMENTE ROSA	Número Autorización 20180712-3-1
Fecha Expiración 09/10/2018	Firma del Lesionado: 		
Nombre: DEMADI PSC	<u>Información del Proveedor</u>		
Especialidad: RAYOSX	Teléfono: 7877011180		
Dirección: ARTERIAL HOSTOS 249 ESQUINA CHARDON HATO REY PR 00917			
<u>Servicio Autorizado</u>			
CUELLO, ESPALDA ALTA (CERVICAL), ESPALDA MEDIA (TORACICA) RAYOS X INTERPRETACION Y PRODUCCION			
Nombre Oficial que Autoriza OMARA MARTÍNEZ	Autorizaciones Asignadas Desde:3-1 Total Servicios: 1 Hasta:3-1		
Enviar Factura con Autorización a: División de Factura Médica ACAA, Apartado 70197 San Juan, P.R. 00936-0197 ACAA 200-14 rev 05/Abril/2000			

Autorización de Servicios Médico Hospitalario			
Número Reclamación	Fecha Autorización	Nombre del Reclamante	Número Autorización
10-279406-01	07/12/2018	MARIA A CLEMENTE ROSA	20180712-4-6
Fecha Expiración 09/10/2018		Firma del Lesionado: _____	
<u>Información del Proveedor</u>			
Nombre: GRUPO FISIATRICO CAROLINA PSC		Teléfono: 7877621319	
Especialidad: FISIATRA		Dirección: AVE. HOSTOS 243 ESQ. RODRIGO DE TRIANA HATO REY PR 00918	
<u>Servicio Autorizado</u>			
CUELLO, ESPALDA ALTA (CERVICAL), ESPALDA BAJA (LUMBO SACRAL), ESPALDA MEDIA (TORACICA) SESIONES DE TERAPIA FISICA FISIATRA			
Nombre Oficial que Autoriza	Autorizaciones Asignadas		Desde:4-6
OMARA MARTÍNEZ	Total Servicios: 1		Hasta:4-10
Enviar Factura con Autorización a: División de Factura Médica ACAA, Apartado 70197 San Juan, P.R. 00936-0197 ACAA 200-14 rev 05/Abril/2000			

Autorización de Servicios Médico Hospitalario			
Número Reclamación	Fecha Autorización	Nombre del Reclamante	Número Autorización
10-279406-01	07/12/2018	MARIA A CLEMENTE ROSA	20180712-4-7
Fecha Expiración 09/10/2018		Firma del Lesionado: _____	
<u>Información del Proveedor</u>			
Nombre: GRUPO FISIATRICO CAROLINA PSC		Teléfono: 7877621319	
Especialidad: FISIATRA		Dirección: AVE. HOSTOS 243 ESQ. RODRIGO DE TRIANA HATO REY PR 00918	
<u>Servicio Autorizado</u>			
CUELLO, ESPALDA ALTA (CERVICAL), ESPALDA BAJA (LUMBO SACRAL), ESPALDA MEDIA (TORACICA) SESIONES DE TERAPIA FISICA FISIATRA			
Nombre Oficial que Autoriza	Autorizaciones Asignadas		Desde:4-7
OMARA MARTÍNEZ	Total Servicios: 1		Hasta:4-10
Enviar Factura con Autorización a: División de Factura Médica ACAA, Apartado 70197 San Juan, P.R. 00936-0197 ACAA 200-14 rev 05/Abril/2000			

Autorización de Servicios Médico Hospitalario			
Número Reclamación	Fecha Autorización	Nombre del Reclamante	Número Autorización
10-279406-01	07/12/2018	MARIA A CLEMENTE ROSA	20180712-4-8
Fecha Expiración 09/10/2018		Firma del Lesionado: _____	
<u>Información del Proveedor</u>			
Nombre: GRUPO FISIATRICO CAROLINA PSC		Teléfono: 7877621319	
Especialidad: FISIATRA		Dirección: AVE. HOSTOS 243 ESQ. RODRIGO DE TRIANA HATO REY PR 00918	
<u>Servicio Autorizado</u>			
CUELLO, ESPALDA ALTA (CERVICAL), ESPALDA BAJA (LUMBO SACRAL), ESPALDA MEDIA (TORACICA) SESIONES DE TERAPIA FISICA FISIATRA			
Nombre Oficial que Autoriza	Autorizaciones Asignadas		Desde:4-8
OMARA MARTÍNEZ	Total Servicios: 1		Hasta:4-10
Enviar Factura con Autorización a: División de Factura Médica ACAA, Apartado 70197 San Juan, P.R. 00936-0197 ACAA 200-14 rev 05/Abril/2000			



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración de Compensaciones por
Accidentes de Automóviles

INFORME DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO / MEDICAL EVALUATION

Núm. de Reclamación/Claim Number: 10-279406-01		Fecha Accidente/Accident Date: 06/25/2018	
Nombre/Name: MARIA A CLEMENTE ROSA		Edad/Age: 56	
Lugar de Servicio/Place of Services: <input type="checkbox"/> ER <input checked="" type="checkbox"/> OFIC. <input type="checkbox"/> HOSP.		<i>Chapa de auto impactada por parte posterior - Vista trasera. Cerebro lesionado en lesión reportada. Prueba de cuello con estabilidad y fuerza</i>	
Queja Principal/Main Complaint: <i>Dolor cervical y dorsal</i>			
Physical Exam: BP <i>115/77</i> P <i>75</i> R <i>18</i> T <i>98</i> Weight Allergies <i>yo</i>			
Gen. Distress: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> mild <input checked="" type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> severe Nutrition: <input checked="" type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> malnourished <input type="checkbox"/> obese Hydration: <input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> dehydrated		CV: <input checked="" type="checkbox"/> regular rate, rhythm <input type="checkbox"/> heart sound nl, no murmur <input checked="" type="checkbox"/> distal pulses strong and symmetric	
Head: <input checked="" type="checkbox"/> no evidence of trauma <input type="checkbox"/> no raccoon eyes <input type="checkbox"/> no battle's sign		Resp. <input checked="" type="checkbox"/> no resp. distress <input type="checkbox"/> breath sounds clear and equal <input type="checkbox"/> chest nontender	
Eyes: <input checked="" type="checkbox"/> PERRL <input type="checkbox"/> EOMI <input type="checkbox"/> lids, sclera nl		Abd: <input type="checkbox"/> Soft, nontender <input type="checkbox"/> no organomegaly <input type="checkbox"/> rectal nl, heme negative	
ENT: <input checked="" type="checkbox"/> external facial exam nl <input type="checkbox"/> no hemotympanum <input checked="" type="checkbox"/> nasal exam nl <input type="checkbox"/> no dental injury, no malocclusion		GU: Male: <input type="checkbox"/> inspection nl <input type="checkbox"/> testicular exam <input type="checkbox"/> prostate nl Female: <input type="checkbox"/> inspection nl <input type="checkbox"/> bimanual exam nontender	
Neck: <input type="checkbox"/> nontender <input type="checkbox"/> painless ROM <input type="checkbox"/> trachea midline <i>Examen de cuello con movimiento limitado: de flexión y extensión</i>		Neuro: <input checked="" type="checkbox"/> alert and oriented x3 <input checked="" type="checkbox"/> cranial nerves intact <input type="checkbox"/> speech nl <input type="checkbox"/> no motor deficit <input type="checkbox"/> sensation intact to light touch <input type="checkbox"/> gait nl	
Psych: <input checked="" type="checkbox"/> affect, mood nl <input type="checkbox"/> judgement nl			
Skin: <input checked="" type="checkbox"/> warm, dry <input type="checkbox"/> no cyanosis			
Musculoskeletal: <input type="checkbox"/> no thoracic, lumbar, or sacral vertebral tenderness <i>Dolor musculoesquelético focal en cuello y espalda (C4-C5)</i>			
Diagnósticos/Diagnosis (code) 1. <i>Esguino cervical</i> 2. <i>Esguino torácico</i> 3. <i>Esguino lumbar</i> 4.			
Tratamiento/Treatment: <i>Reclusión física - reducción - kinesioterapia y fisioterapia continua en parte de cuello y espalda</i>			
Paciente dado de alta/Discharged: <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no		Fecha de seguimiento/ Follow up <i>Revisión de seguimiento</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Certifico que he examinado a este paciente y que las lesiones descritas fueron ocasionadas por el accidente de automóvil / I certify that the patient has been examined, and the described injuries were caused by the car accident			
Nombre del Médico/Doctor's name <i>Dr. Manuel Feliciano</i>		Firma/Signature <i>[Signature]</i>	
Fecha/Date <i>7-5-18</i>		#licencia/ license # <i>1626</i>	

APENDICE 1

xray-print PAPER
Escorial MRI & CT Imaging Center
1400 One Ave. Sur, Escorial Office Building, Suite 170, Carolina, PR 00987
787-710-7385

Se 1
Im 2
user

Escorial MRI & CT Imaging Center
24589
CLEMENTE ROSA A MARIA

F
56 Y

50mm

EXI 2363
03-19-2018 15:27:52
L SPINE

W 6920
L 3327
Z 98%
CY270'

xray-print PAPER
Escorial MRI & CT Imaging Center
1400 Orie Ave. Sur, Escorial Office Building, Suite 170, Carolina, PR 00987
787-710-7385

Se 1
Im 2
user

Escorial MRI & CT Imaging Center

24589

CLEMENTE ROSA A MARIA

F

56 Y

50mm

EXI 2363

03-19-2018 15:27:52

L SPINE

W 6920

L 3327

Z 98%

GW270'

xray-print PAPER
Escorial MRI & CT Imaging Center
1400 Ohe Ave. Sur, Escorial Office Building, Suite 170, Carolina, PR 00987
787-710-7385

Se 1
Im 4
user

Escorial MRI & CT Imaging Center

245

CLEMENTE ROSA A MA

5

50m

EXI 1390

03-19-2018 15:30:24

KNEE

W 869

L 528

Z 1359

CW270

xray-print PAPER
Escorial MRI & CT Imaging Center
1400 One Ave. Sur, Escorial Office Building, Suite 170, Carolina, PR 00987
787-710-7385

Se 1
Im 3
user

Escorial MRI & CT Imaging Center
24589
CLEMENTE ROSA A MARIA
F
56 Y

50mm

L

EXI 1310
03-19-2018 15:29:15
KNEE

W 8792
L 4446
Z 114%
CW270'

Autorización de Servicios Médico Hospitalario			
Número Reclamación 19-129657-01	Fecha Autorización 02/08/2018	Nombre del Reclamante MARIA A CLEMENTE ROSA	Número Autorización 20180207-2-1
Fecha Expiración 04/09/2018	Firma del Lesionado: _____		
Nombre: D ANN MEDICAL & ESTHETIQUE	<u>Información del Proveedor</u>		
Especialidad: GENERALISTA	Teléfono: 7877575100		
	Dirección: AVE. ROBERTO CLEMENTE 129-28 VILLA CAROLINA CAROLINA PR 00985		
<u>Servicio Autorizado</u>			
ESPALDA BAJA (LUMBO SACRAL) VISITA DE SEGUIMIENTO GENERALISTA			
Nombre Oficial que Autoriza JANEZA CARRIÓN COLÓN	Autorizaciones Asignadas Desde: 2-1 Hasta: 2-1		
Total Servicios:			
Enviar Factura con Autorización a: División de Factura Médica ACAA, Apartado 70197 San Juan, P.R. 00936-0197 ACAA 200-14 rev 05/Abril/2000			

xray-print PAPER
Escorial MRI & CT Imaging Center
1400 One Ave. Sur, Escorial Office Building, Suite 170, Carolina, PR 00987
787-710-7385

Se 1
Im 1
user

Escorial MRI & CT Imaging Center
24589
CLEMENTE ROSA A MARIA

F
56 Y

50mm

R

EXI 1390
03-19-2018 15:27:16
L SPINE

W 9016
L 5591
Z 9774
CW 270

AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo XIV del Reglamento Núm. 6759, una vez la autoridad reciba la solicitud de revisión, evaluará a través del Centro de Procesamiento de Violaciones (CPV) las razones del usuario para objetar las multas. En caso de que se determine que procede el recurso del usuario, la Autoridad dejará sin efecto la imposición de la multa y le notificará por escrito al usuario dicha determinación. Si la Autoridad determina en esta etapa que no procede la objeción, notificará al usuario la fecha de la vista administrativa.

Sección A: Certificación de No-Responsabilidad

El aquí firmante certifica que a las fechas de ocurridas las ya mencionadas infracciones, el vehículo de la(s) tablilla(s) indicada(s) estaba (marque una solamente):

☐ Robado:

Someter copia del Informe de la Policía.

Indique Número de Querrela y Fecha del Robo

☐ Vendido (nuevo dueño):

Someter copia del Certificado de Título de Propiedad debidamente formalizado.

Fecha de Venta

☐ Otro: (Explique, añada más hojas de ser necesario)

Se dueña a un vehículo que respectivamente la Srta. Maria Clemente Rosin por este medio quiere explicar que a la hora del cobro de Auto Expreso el carro con el sticker 66-30535, tenía BALANCE y lo que sucedió fue que dejó el SELLO ANTERIOR que me se renovó por favor.

Sección B: Certificación de Usuario Bonafide de AUTOEXPRESO

JPS256 (MVN 1548443)

Por la presente certifico que al momento de las infracciones poseía una cuenta de AutoExpreso con balance suficiente para el pago del peaje y que el Sello Electrónico de dicha cuenta estaba instalado en el parabrisas del vehículo, según las instrucciones del Manual de Usuario. De resultar favorable mi solicitud de revisión y los peajes no haber sido cobrados, entiendo que adeudo la cantidad de los peajes correspondientes. Autorizo a AutoExpreso a realizar el cobro de los peajes correspondientes a mi cuenta AutoExpreso aquí indicada. Reafirmo además que es mi responsabilidad mantener balance suficiente en mi cuenta de AutoExpreso para satisfacer los cargos a la misma.

Nombre del Dueño de la Cuenta de AutoExpreso

Número del Sello Electrónico (localizado luego de PRHT en su sello)

Número de Cuenta AutoExpreso (15 dígitos)

Certificación: (Requisito firmar y completar esta sección)

JPS256 (MVN 1548443)

Yo, Maria A. Clemente Rosin, certifico que lo anteriormente expuesto es cierto y correcto a mi mejor entendimiento. Reconozco que al proveer información falsa o intencionalmente incorrecta quedo sujeto a las leyes y penalidades aplicables bajo el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Firma

Fecha

Número de Teléfono

Pago de Multas

JPS256 (MVN 1548443)

Evasión Peaje Electrónico – Cifra de Ingreso 2191
Autoridad de Carreteras y Transportación
Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso
P.O. Box 11889
San Juan PR 00922-1889
NO ENVÍE CASH O CHEQUES PERSONALES

ANGEL MANUEL BERMUDEZ CAPELL

Fecha de Emisión: 20/09/2021

TABLILLA: JPS256

Peajes Adeudados \$14.90

Multas a Pagar \$375.00

Cantidad Total a Pagar \$389.90

Usted puede pagar su(s) boleto(s) en www.autoexpreso.com visitando el área de Boleto en la parte superior de la página.

PARA PAGAR CON:

☐ GIRO ☐ CHEQUE DE GERENTE

Hacer pago a: Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso

Incluya en el sobre esta hoja y anote los Números de Boleto o su Tablilla en el Giro o Cheque de Gerente

Por este medio autorizo a realizar el pago por la Cantidad Total a Pagar aquí indicada

Nombre (en letra de Molde)

Firma

Fecha

Número de Teléfono

JPS256 (MVN 1548443)



AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

REPORTE DE BOLETOS POR FALTA ADMINISTRATIVA

Evasión Peaje Electrónico -- Cifra de Ingreso 2191

PO BOX 7103
SAN JUAN, PR 00916

Fecha de Reporte: 20/09/2021
Tablilla: JPS256
Cantidad Total a Pagar: \$776.65

El vehículo registrado a su nombre y cuyas señas aparecen en esta notificación ha evadido el pago de peajes en los carriles de AutoExpreso, Sistema Electrónico de Peaje, cuando transitaba por las Autopistas indicadas. Esto representa una violación al Artículo 23.02 de Ley Número 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico. Por disposición del Artículo 24.05 (f) de la Ley Núm. 22, supra, el dueño registral del vehículo es responsable de las violaciones aquí documentadas.

Boleto	Fecha	Hora	Plaza	Carril	Peaje a pagar	Multa a Pagar si paga en 20/09/2021	Total a Pagar si paga en 20/09/2021
107819019	27/08/2021	20:33:22	BuchananWB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107573701	26/08/2021	16:57:51	TEODORO MOSCOSO	7	\$3.65	\$15.00	\$18.65
107503736	25/08/2021	23:37:00	TEODORO MOSCOSO	4	\$3.65	\$15.00	\$18.65
107503735	25/08/2021	10:45:00	BuchananEB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107503734	25/08/2021	10:39:40	Bayamon NB	2	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107503733	25/08/2021	08:04:42	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107503732	25/08/2021	07:58:33	BuchananWB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380996	24/08/2021	19:53:35	BuchananEB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380995	24/08/2021	19:46:41	Toa BajaEB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380994	24/08/2021	19:39:52	VegaAltaEB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380993	24/08/2021	18:52:21	VegaAltaWB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380992	24/08/2021	18:46:05	Toa BajaWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380991	23/08/2021	18:48:25	BuchananEB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380990	23/08/2021	18:41:39	Toa BajaEB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380989	23/08/2021	18:34:49	VegaAltaEB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380988	23/08/2021	13:52:29	VegaAltaWB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380987	23/08/2021	13:45:57	Toa BajaWB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380986	23/08/2021	13:11:17	BuchananWB	4	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380985	21/08/2021	21:14:38	TEODORO MOSCOSO	5	\$3.65	\$15.00	\$18.65
107380984	21/08/2021	18:45:26	BuchananEB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107380983	21/08/2021	13:04:05	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107162823	20/08/2021	12:08:53	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107162822	19/08/2021	21:52:14	Bayamon SB	1	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107162821	19/08/2021	21:24:51	Bayamon NB	1	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107162820	19/08/2021	20:09:58	BuchananWB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107162819	19/08/2021	10:12:17	Bayamon NB	1	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107162818	19/08/2021	09:02:38	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107162817	19/08/2021	08:57:22	BuchananWB	4	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042393	18/08/2021	16:03:22	BuchananEB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042392	18/08/2021	15:57:38	Bayamon NB	1	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107042391	18/08/2021	11:30:04	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107042390	18/08/2021	11:24:42	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042389	17/08/2021	20:49:52	Bayamon NB	2	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107042388	17/08/2021	20:35:33	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107042387	17/08/2021	20:30:18	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75



AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Boleto	Fecha	Hora	Plaza	Carril	Peaje a pagar	Multa a Pagar si paga en 20/09/2021	Total a Pagar si paga en 20/09/2021
107042386	17/08/2021	17:26:35	BuchananEB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042385	17/08/2021	17:19:43	Toa BajaEB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042384	17/08/2021	15:57:33	Toa BajaWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042383	17/08/2021	15:49:34	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042382	16/08/2021	23:53:19	BuchananEB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107162816	16/08/2021	23:49:39	Bayamon NB	1	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107042381	16/08/2021	20:30:27	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107042380	16/08/2021	20:25:21	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042379	15/08/2021	22:32:28	BuchananEB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
107042378	15/08/2021	18:50:24	Bayamon SB	1	\$0.40	\$15.00	\$15.40
107042377	15/08/2021	18:45:37	BuchananWB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
104990977	18/07/2021	13:59:11	PR-66	16	\$1.50	\$15.00	\$16.50
104990976	17/07/2021	15:36:15	BuchananEB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
104631168	15/07/2021	00:32:15	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
TOTALES:					\$41.65	\$735.00	\$776.65

Para poder acogerse a estos totales, deberá pagar en los centros autorizados de AutoExpreso. De usted optar por pagar en la Colecturía de Rentas Internas más cercana, deberá pagar la totalidad de la multa. La cantidad a pagar indicada es válida solamente el día en que se emite este reporte.

Pago de Multas

Evasión Peaje Electrónico – Cifra de Ingreso 2191
Autoridad de Carreteras y Transportación
Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso
P.O. Box 11889
San Juan PR 00922-1889
NO ENVÍE CASH O CHEQUES PERSONALES



Fecha de Reporte: 20/09/2021
TABLILLA: JPS256
Peajes Adeudados \$41.65
Multas a Pagar \$735.00
Cantidad Total a Pagar \$776.65

Usted puede pagar su(s) boleto(s) en www.autoexpreso.com visitando el área de Boleto(s) en la parte superior de la página.

PARA PAGAR CON:

☐ GIRO ☐ CHEQUE DE GERENTE

Hacer pago a: Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso

Incluya en el sobre esta hoja y anote los Números de Boleto(s) o su Tablilla en el Giro o Cheque de Gerente

Por este medio autorizo a realizar el pago por la Cantidad Total a Pagar aquí indicada.

Nombre (en letra de Molde)

Firma

Fecha

()
Número de Teléfono

APENDICE 2



AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

\$168.15

REPORTE DE BOLETOS POR FALTA ADMINISTRATIVA

Evasión Peaje Electrónico -- Cifra de Ingreso 2191

MARIA A CLEMENTE ROSA
PO BOX 7103
SAN JUAN, PR 00916-7103

Fecha de Reporte: 28/07/2021
Tablilla: JPS256
Cantidad Total a Pagar: \$2.50

El vehículo registrado a su nombre y cuyas señas aparecen en esta notificación ha evadido el pago de peajes en los carriles de AutoExpreso, Sistema Electrónico de Peaje, cuando transitaba por las Autopistas indicadas. Esto representa una violación al Artículo 23.02 de Ley Número 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico. Por disposición del Artículo 24.05 (f) de la Ley Núm. 22, supra, el dueño registral del vehículo es responsable de las violaciones aquí documentadas.

Boleto	Fecha	Hora	Plaza	Carril	Peaje a pagar	Multa a Pagar si paga en 28/07/2021	Total a Pagar si paga en 28/07/2021
91618817	24/02/2021	11:31:54	CAGUAS NORTE	16	\$1.50	\$0.00	\$1.50
91618816	24/02/2021	07:49:41	HUMACAO SUR	3	\$1.00	\$0.00	\$1.00
TOTALES:					\$2.50	\$0.00	\$2.50

Para poder acogerse a estos totales, deberá pagar en los centros autorizados de AutoExpreso. De usted optar por pagar en la Colecturía de Rentas Internas más cercana, deberá pagar la totalidad de la multa. La cantidad a pagar indicada es válida solamente el día en que se emite este reporte.

Pago de Multas

Evasión Peaje Electrónico – Cifra de Ingreso 2191
Autoridad de Carreteras y Transportación
Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso
P.O. Box 11889
San Juan PR 00922-1889
NO ENVÍE CASH O CHEQUES PERSONALES

MARIA A CLEMENTE ROSA
Fecha de Reporte: 28/07/2021
TABLILLA: JPS256
Peajes Adeudados \$2.50
Multas a Pagar \$0.00
Cantidad Total a Pagar \$2.50

Usted puede pagar su(s) boleto(s) en www.autoexpreso.com visitando el área de Boleto(s) en la parte superior de la página.

PARA PAGAR CON:

☐ GIRO ☐ CHEQUE DE GERENTE

Hacer pago a: Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso

Incluya en el sobre esta hoja y anote los Números de Boleto(s) o su Tablilla en el Giro o Cheque de Gerente

Por este medio autorizo a realizar el pago por la Cantidad Total a Pagar aquí indicada.

Nombre (en letra de Molde) _____ Firma _____ Fecha _____ Número de Teléfono _____



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION Y OBRAS PUBLICAS

FECHA EMISION: 07/28/2021
HORA EMISION: 11:55:23

RECIBO DE PAGO

FECHA: 07/28/2021 11:55:16
MONTO DE PAGO: \$163.15
TIPO DE PAGO: EFECTIVO
TARJETA DE CREDITO: EXP:
TIPO TARJETA DE CREDITO:
CHEQUE:

ID EMPLEADO: 504

<u>FECHA NOTIFICACION</u>	<u>NOTIFICACION NO</u>	<u>TABLILLA</u>	<u>TIPO TABLILLA</u>	<u>ESTADO</u>	<u>BALANCE ANTES DE PAGO</u>		<u>MONTO PAGO</u>	<u>BALANCE DESPUES DE PAGO</u>	
05/25/2021	98548347	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
05/26/2021	98548348	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
06/05/2021	100156299	JPS256	STDR	PR	\$	0.75	\$ 0.75	\$	0.00
06/05/2021	100156300	JPS256	STDR	PR	\$	0.75	\$ 0.75	\$	0.00
06/05/2021	100156301	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
06/09/2021	100395163	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
06/15/2021	100820800	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
06/15/2021	100820801	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
06/22/2021	101448367	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
06/22/2021	101448368	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
06/23/2021	101448369	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
06/23/2021	101448370	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
06/28/2021	101956218	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
06/29/2021	101956219	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
06/29/2021	101956220	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
07/01/2021	102175363	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
07/01/2021	102175364	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
07/01/2021	102175365	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
07/06/2021	102670985	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
07/06/2021	102670986	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
07/06/2021	102670987	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
07/08/2021	102670988	JPS256	STDR	PR	\$	1.00	\$ 1.00	\$	0.00
07/08/2021	102670989	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
07/09/2021	102850602	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
07/09/2021	102850603	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
07/19/2021	103576908	JPS256	STDR	PR	\$	1.50	\$ 1.50	\$	0.00
07/26/2021	103576909	JPS256	STDR	PR	\$	3.65	\$ 3.65	\$	0.00
08/03/2021	104062117	JPS256	STDR	PR	\$	16.50	\$ 16.50	\$	0.00
08/03/2021	104062118	JPS256	STDR	PR	\$	15.75	\$ 15.75	\$	0.00
08/03/2021	104062119	JPS256	STDR	PR	\$	15.75	\$ 15.75	\$	0.00
08/03/2021	104344946	JPS256	STDR	PR	\$	15.75	\$ 15.75	\$	0.00
08/03/2021	104344947	JPS256	STDR	PR	\$	15.75	\$ 15.75	\$	0.00
08/03/2021	104344948	JPS256	STDR	PR	\$	15.75	\$ 15.75	\$	0.00
08/03/2021	104344949	JPS256	STDR	PR	\$	15.75	\$ 15.75	\$	0.00
08/04/2021	103576910	JPS256	STDR	PR	\$	16.00	\$ 16.00	\$	0.00



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION Y OBRAS PUBLICAS

FECHA EMISION: 07/28/2021
HORA EMISION: 11:55:23

RECIBO DE PAGO

FECHA:	07/28/2021 11:55:16						
MONTO DE PAGO:	\$163.15						
TIPO DE PAGO:	EFECTIVO						
TARJETA DE CREDITO:	EXP						
TIPO TARJETA DE CREDITO:							
CHEQUE:							
ID EMPLEADO:	504						

<u>FECHA</u> <u>NOTIFICACION</u>	<u>NOTIFICACION NO</u>	<u>TABLILLA</u>	<u>TIPO</u> <u>TABLILLA</u>	<u>ESTADO</u>	<u>BALANCE ANTES DE</u> <u>PAGO</u>	<u>MONTO PAGO</u>	<u>BALANCE DESPUES</u> <u>DE PAGO</u>
					\$ 163.15	\$ 163.15	\$.00

APENDICE 2



AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

REPORTE DE BOLETOS POR FALTA ADMINISTRATIVA
Evasión Peaje Electrónico -- Cifra de Ingreso 2191

PO BOX 7103
SAN JUAN, PR 00916

Fecha de Reporte: 28/07/2021
Tablilla: JPS256
Cantidad Total a Pagar: \$172.15

El vehículo registrado a su nombre y cuyas señas aparecen en esta notificación ha evadido el pago de peajes en los carriles de AutoExpreso, Electrónico de Peaje, cuando transitaba por las Autopistas indicadas. Esto representa una violación al Artículo 23.02 de Ley Número 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico. Por disposición del Artículo 24.05 (f) de la Ley Núm. 22, supra, el dueño registral del vehículo es responsable de las violaciones aquí documentadas.

Boleto	Fecha	Hora	Plaza	Carril	Peaje a pagar	Multa a Pagar si paga en 28/07/2021	Total a Pagar si paga en 28/07/2021
104344949	11/07/2021	08:33:01	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
104344948	09/07/2021	15:56:31	BuchananEB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
104344947	09/07/2021	02:02:04	BuchananWB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
104344946	08/07/2021	23:52:01	BuchananWB	2	\$0.75	\$15.00	\$15.75
104062119	06/07/2021	21:18:21	BuchananEB	1	\$0.75	\$15.00	\$15.75
104062118	06/07/2021	11:38:36	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$15.75
104062117	04/07/2021	20:53:06	PR-66	15	\$1.50	\$15.00	\$16.50
103576910	02/07/2021	06:29:48	CEIBA	2	\$1.00	\$15.00	\$16.00
103576909	24/06/2021	08:26:12	TEODORO MOSCOSO	7	\$3.65	\$0.00	\$3.65
103576908	17/06/2021	23:49:55	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
102850603	16/06/2021	21:59:15	CAGUAS NORTE	18	\$1.50	\$0.00	\$1.50
102850602	15/06/2021	19:42:46	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
102670989	15/06/2021	08:35:33	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
102670988	13/06/2021	12:03:52	HUMACAO SUR	2	\$1.00	\$0.00	\$1.00
102670987	12/06/2021	16:43:47	CAGUAS NORTE	18	\$1.50	\$0.00	\$1.50
102670986	11/06/2021	22:33:28	HUMACAO SUR	3	\$1.00	\$0.00	\$1.00
102670985	11/06/2021	15:01:42	CAGUAS NORTE	16	\$1.50	\$0.00	\$1.50
102175365	08/06/2021	13:44:57	CAGUAS NORTE	16	\$1.50	\$0.00	\$1.50
102175364	07/06/2021	21:09:34	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
102175363	07/06/2021	13:56:33	HUMACAO SUR	3	\$1.00	\$0.00	\$1.00
101956220	05/06/2021	18:38:47	HUMACAO NORTE	12	\$1.00	\$0.00	\$1.00
101956219	04/06/2021	21:43:40	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
101956218	02/06/2021	20:26:01	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
101448370	30/05/2021	13:45:55	CAGUAS SUR	6	\$1.00	\$0.00	\$1.00
101448369	29/05/2021	18:23:07	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
101448368	28/05/2021	15:03:38	CAGUAS NORTE	16	\$1.50	\$0.00	\$1.50
101448367	28/05/2021	09:59:58	HUMACAO SUR	3	\$1.00	\$0.00	\$1.00
100820801	22/05/2021	06:37:54	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
100820800	21/05/2021	15:36:34	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
100395163	20/05/2021	14:01:03	HUMACAO NORTE	12	\$1.00	\$0.00	\$1.00
100156301	17/05/2021	18:34:47	HUMACAO NORTE	12	\$1.00	\$0.00	\$1.00
100156300	16/05/2021	01:18:43	BuchananEB	2	\$0.75	\$0.00	\$0.75
100156299	16/05/2021	00:00:15	BuchananWB	2	\$0.75	\$0.00	\$0.75
98548348	02/05/2021	14:58:53	HUMACAO NORTE	12	\$1.00	\$0.00	\$1.00
98548347	30/04/2021	13:46:41	HUMACAO NORTE	12	\$1.00	\$0.00	\$1.00



AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

\$ - 6.50

Boleto	Fecha	Hora	Plaza	Carril	Peaje a pagar	Multa a Pagar si paga en 28/07/2021	Total a Pagar si paga en 28/07/2021
96598390	14/04/2021	09:20:14	CAGUAS NORTE	16	\$1.50	\$0.00	\$1.50
96227987	10/04/2021	19:09:25	CAGUAS NORTE	16	\$1.50	\$0.00	\$1.50
95898408	06/04/2021	20:46:41	CAGUAS NORTE	17	\$1.50	\$0.00	\$1.50
95898407	05/04/2021	18:32:29	CAGUAS NORTE	11	\$1.50	\$0.00	\$1.50
95898406	05/04/2021	12:25:59	HUMACAO NORTE	12	\$1.00	\$0.00	\$1.00
95898405	05/04/2021	10:20:40	HUMACAO SUR	2	\$1.00	\$0.00	\$1.00
95898404	05/04/2021	08:57:02	HUMACAO SUR	2	\$1.00	\$0.00	\$1.00
TOTALES:					\$52.15	\$120.00	\$172.15

Para poder acogerse a estos totales, deberá pagar en los centros autorizados de AutoExpreso. De usted optar por pagar en la Colecturía de Rentas Internas más cercana, deberá pagar la totalidad de la multa. La cantidad a pagar indicada es válida solamente el día en que se emite este reporte.

Pago de Multas

Evasión Peaje Electrónico – Cifra de Ingreso 2191
Autoridad de Carreteras y Transportación
Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso
P.O. Box 11889
San Juan PR 00922-1889
NO ENVÍE CASH O CHEQUES PERSONALES

Fecha de Reporte: 28/07/2021
TABLILLA: JPS256
Peajes Adeudados \$52.15
Multas a Pagar \$120.00
Cantidad Total a Pagar \$172.15

Usted puede pagar su(s) boleto(s) en www.autoexpreso.com visitando el área de Boletos en la parte superior de la página.

PARA PAGAR CON:

☐ GIRO ☐ CHEQUE DE GERENTE

Hacer pago a: Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso

Incluya en el sobre esta hoja y anote los Números de Boletos o su Tablilla en el Giro o Cheque de Gerente

Por este medio autorizo a realizar el pago por la Cantidad Total a Pagar aquí indicada.

Nombre (en letra de Molde)

Firma

Fecha

()
Número de Teléfono

APENDICE 2

Reclamo



AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

BOLETOS POR FALTA ADMINISTRATIVA
Evasión Peaje Electrónico -- Cifra de Ingreso 2191

PO BOX 7103
SAN JUAN, PR 00916

Tablilla: JPS256
Cantidad Total a Pagar: \$389.90

El vehículo registrado a su nombre y cuyas señas aparecen en esta notificación ha evadido el pago de peajes en los carriles de AutoExpreso, Sistema Electrónico de Peaje, cuando transitaba por las Autopistas indicadas. Esto representa una violación al Artículo 23.02 de Ley Número 22 del 7 de enero de 2000, según enmendada, conocida como Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico. Por disposición del Artículo 24.05 (f) de la Ley Núm. 22, supra, el dueño registral del vehículo es responsable de las violaciones aquí documentadas.

Boleto	Fecha	Hora	Plaza	Carril	Peaje a pagar	Multa a pagar	Pagos/ ajustes/ otros	Cantidad a pagar	Apelar en o antes de	Pagar en o antes de
107162823	20/08/2021	12:08:53	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	06/10/2021	06/10/2021
107162822	19/08/2021	21:52:14	Bayamon SB	1	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	06/10/2021	06/10/2021
107162821	19/08/2021	21:24:51	Bayamon NB	1	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	06/10/2021	06/10/2021
107162820	19/08/2021	20:09:58	BuchananWB	1	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	06/10/2021	06/10/2021
107162819	19/08/2021	10:12:17	Bayamon NB	1	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	06/10/2021	06/10/2021
107162818	19/08/2021	09:02:38	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	06/10/2021	06/10/2021
107162817	19/08/2021	08:57:22	BuchananWB	4	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	06/10/2021	06/10/2021
107042393	18/08/2021	16:03:22	BuchananEB	3	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	03/10/2021	03/10/2021
107042392	18/08/2021	15:57:38	Bayamon NB	1	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	01/10/2021	01/10/2021
107042391	18/08/2021	11:30:04	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	01/10/2021	01/10/2021
107042390	18/08/2021	11:24:42	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107042389	17/08/2021	20:49:52	Bayamon NB	2	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	01/10/2021	01/10/2021
107042388	17/08/2021	20:35:33	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	01/10/2021	01/10/2021
107042387	17/08/2021	20:30:18	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107042386	17/08/2021	17:26:35	BuchananEB	2	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107042385	17/08/2021	17:19:43	Toa BajaEB	3	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107042384	17/08/2021	15:57:33	Toa BajaWB	3	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107042383	17/08/2021	15:49:34	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107042382	16/08/2021	23:53:19	BuchananEB	1	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107162816	16/08/2021	23:49:39	Bayamon NB	1	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	06/10/2021	06/10/2021
107042381	16/08/2021	20:30:27	Bayamon SB	2	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	01/10/2021	01/10/2021
107042380	16/08/2021	20:25:21	BuchananWB	3	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107042379	15/08/2021	22:32:28	BuchananEB	2	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
107042378	15/08/2021	18:50:24	Bayamon SB	1	\$0.40	\$15.00	\$0.00	\$15.40	01/10/2021	01/10/2021
107042377	15/08/2021	18:45:37	BuchananWB	1	\$0.75	\$15.00	\$0.00	\$15.75	01/10/2021	01/10/2021
Total peajes a pagar \$14.90			Total multas a pagar \$375.00			Total a pagar \$389.90				

RECEIVED
SEP 20 2021
AE CAR



AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

INSTRUCCIONES PARA EL PAGO DE MULTAS

Para liquidar estos gravámenes, usted puede pagar en o antes del día indicado en el desglose de las multas. Puede hacer su pago a través de la página Web www.autoexpreso.com o con Cheque de Gerente o giro, enviando el pago correspondiente junto al talonario de pago incluido a la dirección: Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico, Centro de Procesamiento de Multas de AutoExpreso, PO Box 11889, San Juan, PR 00922-1889. También puede realizar el pago de las multas en la Colecturía de Rentas Internas más cercana. Para más información o si desea ser un cliente de AutoExpreso, llame al Centro de Servicio al Cliente al 1-888-688-1010 o visite nuestra página de Web www.autoexpreso.com.

RECURSO DE REVISIÓN (Reglamento Núm 6759)

Si el dueño del vehículo afectado por las notificaciones de multas administrativas considera que no se ha cometido las violaciones que se imputan, éste podrá solicitar un Recurso de Revisión ante el Secretario de Transportación y Obras Públicas, dentro del término de treinta (30) días siguientes a la notificación de la multa o, de lo contrario la misma advendrá final y firme. El usuario podrá someter su reclamo de revisión a través de esta misma notificación. De no optar por utilizar este formulario, podrá presentar una solicitud de revisión ante el Secretario en el mismo término de los treinta (30) días desde la notificación de la multa. La parte que impugne las multas tendrá el peso de la prueba para demostrar que las violaciones imputadas no se cometieron.

De no recibirse pago o someter una revisión, el récord será referido a la Directora de Servicios al Conductor (DISCO) donde la multa y peaje adeudado deberán liquidarse antes de renovar la licencia del vehículo.

Revisión de Multas

JPS256 (MVN 1548443)

Para que su solicitud de revisión sea considerada, usted debe completar estas secciones dentro de treinta (30) días de recibir la notificación de infracción:

- Debe firmar e incluir la fecha en la Certificación incluida al final de esta hoja.
- Complete la Sección A o Sección B según sea el caso
- Enviar este formulario por fax al 787-620-7438 o por correo a la siguiente dirección:

Autoridad de Carreteras y Transportación
Centro de Procesamiento de Violaciones de AutoExpreso
P.O. Box 11889
San Juan PR 00922-1889

Si necesita más información puede comunicarse al 1-888-688-1010 o visite la página Web en www.autoexpreso.com

APPENDIX 9

PAGAN A EDUCADORES QUE HICIERON MAESTRÍAS Y DOCTORADOS EN 2013

FRANCES ROSARIO

frances.rosario@gfrmedia.com

El gobernador Pedro Pierluisi anunció el pago de \$4.3 millones a unos 166 maestros que para el 2013 demostraron que habían completado maestrías y doctorados, cumpliendo así con la Ley de Carrera Magisterial.

Señaló que algunos maestros pudieran recibir cheques de hasta \$55,900.

"Siempre ha sido nuestro compromiso ayudar a nuestros maestros, por ello otorgamos un aumento sin precedentes de mil dólares, que recién entró en vigor, y ahora estamos honrando nuestro compromiso de pagar la carrera magisterial a los docentes. He sido claro en que nuestros maestros son clave para lograr un sistema de educación pública del que todos nos sintamos orgullosos y que ayude a elevar el aprovechamiento académico de las próximas generaciones", manifestó Pierluisi en conferencia de prensa realizada ayer en La Fortaleza.

El incentivo, que benefició a **166 maestros**, había estado paralizado tras haberse firmado la Ley de Emergencia Fiscal

De este grupo de 166 maestros, hay 11 que culminaron doctorados. El resto culminó su grado de maestría.

Asimismo, el mandatario informó que otro grupo de educadores que solicitaron los fondos que les corresponden, para los años 2014 y 2015, son evaluados y están en proceso de revisión para emitirse el pago correspondiente.

El secretario de Educación, Eliezer Ramos Parés, aceptó que se trata de unas "6,000 solicitudes que quedaron pendientes" para los años 2014 y 2015, a los cuales no se les ha pagado el incentivo correspondiente por culminar maestrías y doctorados.

El funcionario explicó que los maestros quedaron sin su paga tras haberse firmado la Ley de Emergencia Fiscal.

De paso, Ramos Parés infor-

mó que esperan durante este próximo semestre escolar culminar la evaluación de estos 6,000 maestros para entonces emitir los pagos. No especificó la fecha en que se reportaría el saldo.

Auguró que para el segundo semestre escolar abrirán convocatorias para reactivar el programa de carrera magisterial y reclutar más educadores que quieran proseguir estudios de maestría y doctorado.

No obstante, Ramos Parés alabó este primer paso que se da para cumplir con los primeros 166 maestros.

"Hoy es un día emblemático, no solo para los maestros que están aquí, sino a todos los maestros, para que puedan ver el magisterio como una carrera", sentenció.

Sally Rodríguez Martínez



El gobernador Pedro Pierluisi y el secretario del Departamento de Educación participaron de la entrega de cheques a los maestros. Suministrada

fue la primera maestra llamada por el gobernador para entregarle su cheque. Otros empleados también asistieron al evento para recibir su pago.

"Muchas gracias", se le escuchaba decir a los educadores cuando recibían su dinero.

La maestra Marisol García fue la que habló en representación de los beneficiados.

"Gracias por reconocer el esfuerzo. Gracias por reconocer las horas de estudio, el sacrificio a la familia, porque todos hacemos maestría en la casa. Cuando uno está haciendo un doctorado o una maestría, todos están involucrados

en el proceso. Es hora de reconocer esto y de verdad que me llena de orgullo y no caben las palabras en mi corazón de decirle lo agradecida que estoy", señaló García.

Otro incentivo

Por otro lado, Pierluisi informó de un desembolso de \$58 millones en fondos federales (ESSER) como "incentivo a los empleados de comedores escolares que siempre se han mantenido trabajando de forma presencial en esta pandemia".

Detalló que los empleados recibirán cheques de \$1,500 cada tres meses por un perio-

do de nueve trimestres consecutivos. El primer pago, dijo Pierluisi, se emitirá en octubre próximo.

"Los empleados de comedores escolares han sido un ejército de trabajadores que han atendido a nuestros estudiantes, particularmente, en las zonas vulnerables, para garantizar que tengan sus alimentos diariamente. Su dedicación es incuestionable, por lo que hoy le hacemos justicia a ese compromiso y los exhortamos a que continúen dando el todo por el todo por nuestros estudiantes", precisó.

Gobierno reembolsa la carrera magisterial

► También hay un incentivo para los empleados de comedor

@ Maricarmen Rivera Sánchez
>mriviera@elvocero.com
@mrivasanchez

El gobernador Pedro Pierluisi anunció el desembolso de \$4.3 millones de sobran-tes en el presupuesto del Departamento de Educación que serán utilizados para pagar la carrera magisterial de 166 maestros que no habían recibido el dinero al que tenían derecho.

En la conferencia de prensa ayer en La Fortaleza, el gobernador y el secretario de Educación, Eliezer Ramos Parés, entregaron cheques a varias maestras que completaron grados universitarios bajo la promesa de que se les pagarían sus estudios.

El retraso en el pago se debió a que el gobierno no había cumplido con la Ley de Ajuste Salarial para los Maestros y Maestras Conforme a la Ley de Carrera Magisterial.

Una legislación posterior firmada por Pierluisi estableció el pago a los educadores que cumplieron con los requisitos de estudio en 2013 y ordena evaluar los casos de los maestros que solicitaron el beneficio entre 2014 y 2015.

"Es imperativo que cumplamos con el compromiso que hizo el gobierno de compensar por su esfuerzo a estos maestros, un compromiso que múltiples administraciones previas fallaron. Firmé la



El gobernador indicó que es el primer desembolso de \$4.3 millones para 166 maestros, y que habrá una segunda fase para otros educadores que lo solicitaron. >Suministrada

ley y estamos cumpliendo con los maestros y maestras que llevan pidiendo que se reactive el programa de carrera magisterial", expuso el mandatario.

Mediante este programa, los maestros y maestras que completan grados universitarios o se especialicen en las áreas de enseñanza podrán recibir un pago del gobierno para cubrir sus estudios.

Indicó que además de este primer desembolso de \$4.3 millones para 166 maestros, habrá una segunda fase para otros educadores que lo solicitaron.

"Estos maestros adquirieron destrezas y conocimientos por estudios y certificaciones que han podido incorporar en su desempeño en el salón. Los casos de 2014 y 2015 están bajo evaluación para hacer los pagos

que corresponden a todos los maestros", informó el primer ejecutivo.

Agregó que los maestros recibirán cheques de entre \$1,925 hasta \$55,930, dinero que les adeudaba el gobierno por su desarrollo profesional.

El titular de Educación agregó que una vez concluyan con el reembolso a los maestros con los que no se había cumplido, abrirán el programa a otros maestros que interesen continuar su educación y recibir este beneficio de gobierno.

"Quisimos hacer justicia para los maestros que quedaron en ese limbo en 2015, que presentaron esas solicitudes, y luego vamos a ofrecer instrucciones de cómo hacer esas nuevas solicitudes. Antes usábamos mucho papel, ahora queremos ahorrarnos el papel y vamos a anunciar la forma", expresó Ramos Parés.

"La invitación a los maestros es a utilizar

este mecanismo para seguirse desarrollando, mantenerse al día en las nuevas estrategias. Que aprovechen este programa para el pago de matrícula y que eso les compense con remuneración adicional. Y que se queden para que Puerto Rico cuente con los mejores recursos que ha ido formando a través de la historia", señaló el secretario.

Pago por trabajar durante pandemia

El gobernador anunció, además, un incentivo para los empleados de los comedores escolares, parte del personal que se mantuvo activo durante los meses iniciales de la pandemia de covid-19 sirviendo alimentos en los comedores de las escuelas públicas.

Se indicó que habrá un 'premium pay' adicional de \$1,500 trimestrales para los empleados de comedores escolares que se mantengan trabajando de manera presencial mientras dure la pandemia, hasta un máximo de nueve trimestres. Para cubrir el pago, el gobierno destinó \$58 millones que se distribuirán entre 3,500 empleados de comedores escolares.

"Los empleados de comedores escolares han sido un ejército de trabajadores que han atendido a nuestros estudiantes, particularmente en las zonas vulnerables, para garantizar que tengan su alimento diariamente", sostuvo el mandatario. "Su dedicación es incuestionable, por lo que hoy le hacemos justicia a ese compromiso y los exhortamos a que continúen dando el todo por el todo por nuestros estudiantes", agregó.

El primero de estos pagos se emitirá en octubre a los empleados de comedores escolares que estén adscritos y activos en la Autoridad Escolar de Alimentos. Los que estén en destaque o en licencia sin sueldo no están cualificados para el incentivo.

Otro de los requisitos para este beneficio es no tener más de tres ausencias o tardanzas injustificadas, lo que no aplica a los que tengan certificado médico o licencia por covid-19.

» Dato relevante

Los maestros recibirán cheques de entre \$1,925 hasta \$55,930, pago que les adeudaba el gobierno por su desarrollo profesional.